

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1959

THÈSE **271**  
N°

POUR LE  
DOCTORAT EN MÉDECINE  
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Maurice, Louis BEJAT**

*Ancien Externe des Hôpitaux de Paris*

*Assistant des Quinze-Vingts*

Né le 10 Mars 1923, à MONACO (Principauté)

---

*présentée et soutenue publiquement le*

---

# A PROPOS DE LA MORTALITÉ EN OPHTALMOLOGIE

---

Président : Monsieur G. RENARD (Professeur)

---

D. P. TAIB

8. Rue Casimir-Delavigne  
PARIS - VI\*

1959



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1959

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Maurice, Louis B E J A T

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Assistant des Quinze-Vingts

né le 10 mars 1923 à Monaco (Principauté)

--

Présentée et soutenue publiquement  
le

--

A PROPOS DE LA MORTALITE EN OPHTALMOLOGIE

-----

Président : Monsieur G. RENARD (Professeur)



D.P. TAIB

8, rue Casimir-Delavigne

PARIS

1959.



## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,  
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,  
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,  
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,  
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,  
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,  
TANON, VELTER.

DOYEN ..... Léon BINET  
Membre de l'Institut  
ASSEESSEUR ..... Jean VERNE

### I.- PROFESSEURS

MM.

|                                                    |                 |            |
|----------------------------------------------------|-----------------|------------|
| Anatomie                                           | CORDIER         |            |
| Anatomie pathologique                              | DELARUE         |            |
| Bactériologie                                      | FASQUELLE       |            |
| Biologie app. à l'Education phys.<br>et aux Sports | CHAILLET-BERT   |            |
| Biologie Médicale                                  | FAUVERT         |            |
| Cancérologie méd., sociale                         | BERNARD J.      |            |
| Carcinologie                                       | REDON           |            |
| Chimie Méd.                                        | JAYLE           |            |
| Clinique Chir.                                     | Hôtel-Dieu      | MENEGAUX   |
|                                                    | Salpêtrière     | MOULONGUET |
|                                                    | Cochin          | QUENU      |
|                                                    | Beaujon         | SICARD     |
| Clinique Chir. cardio-vasculaire                   | G. d'ALLAINES   |            |
| Clinique Chir. réparatrice et<br>orthop.           | MERLE d'AUBIGNE |            |
| Clinique de Cardiologie                            | MOUQUIN         |            |
| Clinique Chir. infantile et<br>d'orthop.           | FEVRE           |            |
| Clinique Chir. pleuro-pulm.                        | MATHEY          |            |
| Clinique de la Tuberculose                         | BERNARD Et.     |            |
| Clinique de neuro-chir.                            | PETIT-DUTAILLIS |            |
| Clinique de Puéricult.                             | LELONG          |            |
| Clinique des maladies cutanées<br>et syphilitiques | DEGOS           |            |
| Clinique des mal. du sang                          | MARCHAL         |            |
| Clinique mal. du système nerv.                     | ALAJOUANINE     |            |
| Clinique des maladies des enf.                     | CATHALA         |            |
| Clinique des maladies infectieuses                 | MOLLARET        |            |

|                                                           |                  |
|-----------------------------------------------------------|------------------|
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale          | } DELAY          |
| Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition | } BOULIN         |
| Clinique Gynécologique                                    | FUNCK-BRENTANO   |
|                                                           | BARIETY          |
| Cliniques Médicales                                       | JUSTIN-BESANÇON  |
|                                                           | MOREAU           |
|                                                           | de GENNES        |
| Clinique Méd.hydro-climat.thérap.                         | DEBRAY           |
| Clinique médicale propédeutique                           | { PASTEUR VALLET |
|                                                           | RADOT            |
|                                                           | LANTUEJOUL       |
| Cliniques obstétricales                                   | { VARANGOT       |
|                                                           | LACOMME          |
| Clinique ophtalmologique                                  | RENARD           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique                         | AUBIN            |
| Clinique psychiatrique infantile                          | MICHAUX          |
| Clinique rhumatologique                                   | COSTE            |
| Clinique stomatologique                                   | DECHAUME         |
| Clinique urologique                                       | FEY              |
| Embryologie                                               | GIROUD           |
| Génétique                                                 | LAMY             |
| Histoire de la Méd. et de la Chir.                        | SOULIE           |
| Histologie                                                | VERNE            |
| Hygiène et Clinique lère Enfance                          | TURPIN           |
| Hygiène et Méd. Préventive                                | JOANNON          |
| Médecine du Travail                                       | DESOILLE         |
| Médecine Légale                                           | PIEDELIEVRE      |
| Parasitologie et hist. nat. Méd.                          | GALLIARD         |
| Pathologie chirurgicale                                   | COVELAIRE        |
| Pathologie exotique                                       | LAVIER           |
| Path. expérimentale et comparée                           | LENEGRE          |
| Path. Hum. et Immun. exp.                                 | MERKLEN          |
| Pathologie médicale                                       | DECOURT          |
| Path. et Thérapeut. générales                             | GARCIN           |
| Pédiatrie sociale                                         | JULIEN MARIE     |
| Pharmacologie et matière méd.                             | CHEYMOL          |
| Physico-chimie méd.                                       | N...             |
| Physiologie                                               | BINET            |
| Physique médicale                                         | DOGNON           |
| Problèmes alimentaires (ch.t,pers.)                       | HAMBURGER        |
| Radiologie médicale                                       | DESGREZ          |
| Technique chirurgicale                                    | PATEL            |
| Thérapeutique                                             | BROUET           |
| Thérapeutique chirurgicale                                | SENEQUE          |
| Thérapeutique médicale                                    | LEMAIRE          |

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE  
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

| MM.                                |                 | MM.                      |                  |
|------------------------------------|-----------------|--------------------------|------------------|
| Anatomie                           | { CABROL        | Pat.chir.                | { DUBOST         |
|                                    | { DEBEYRE       |                          | { FAUREL         |
|                                    | { DELMAS        |                          | { FLABEAU        |
|                                    | { OLIVIER G.    |                          | { GERMAIN        |
| Ana.Path.                          | { Melle GAU-    | Pat.expéri-              | { GOSSET         |
|                                    | { THIER V.      |                          | { LAURENCE       |
|                                    | { BUSSER        |                          | { LORTAT-JACOB   |
| Bactério-<br>logie                 | { GOUYGOU       |                          | { OLIVIER (Cl.)  |
|                                    | { CHRISTOL      | Pat.expéri-              | { POILLEUX       |
| Biol.Méd.                          | { NEVOT         |                          | { THOMERET       |
|                                    | { BOURLIERE     |                          | { VERNE (J.M.)   |
| Chimie Méd.                        | { ETTORI        |                          | { MAURICE        |
|                                    | { POLONOVSKI J. | Path.Méd.                | { LOEPER         |
| Dermato-syph.                      | { DUPERRAT      |                          | { BOUVIER        |
|                                    | { TUCHMANN      |                          | { BOUDIN         |
| Histologie                         | { COUJARD       |                          | { BRICAIRE       |
|                                    | { N.            |                          | { BRISSAUD       |
| Hydrologie                         | { CORNET        | Pédiatrie                | { CASTAIGNE      |
|                                    | { BOYER         |                          | { CONTE          |
| Hygiène                            | { DEPARIS       |                          | { DEROT          |
|                                    | { BASTIN        |                          | { DOMART         |
| Mal.infert.                        | { DEROBERT      | Pharmacol.               | { LAMOTTE        |
|                                    | { GAULTIER      |                          | { LAROCHE        |
| Médecine<br>légale et<br>du Trav.) | { HADENGUE      |                          | { MACREZ         |
|                                    | { DAVID         |                          | { MILLIEZ        |
| Neurochir.                         | { LHERMITTE     | Physiol.                 | { PEQUIGNOT      |
|                                    | { GRASSET       |                          | { PERRAULT       |
| Neurologie                         | { LE LORIER     |                          | { RAMBERT        |
|                                    | { LEPAGE        |                          | { ROYER          |
| Obstétrique                        | { MERGER        | Physique }<br>Médicale } | { THIEFFRY       |
|                                    | { MORIN         |                          | { TURIAF         |
|                                    | { RAVINA        |                          | { WOLFROMM       |
|                                    | { ROBEY         |                          | { POLONOVSKI Cl. |
| Ophtal-<br>mologie)                | { BREGEAT       | Pneumo-phtis.            | { MOZZICONACCI   |
|                                    | { DESVIGNES     |                          | { JOSEPH         |
| Orthopédie                         | { JUDET         | Psychiatrie              | { Melle LEVY     |
| Oto-rhino-<br>laryngol.)           | { AUBRY         |                          | { BARGETON       |
| Parasito.                          | { MADURO        | Physique }<br>Médicale } | { DEJOURS        |
|                                    | { BRUMPT        |                          | { PARROT         |
| Parasite col.                      | { CHABAUD       | Pneumo-phtis.            | { DJOURNO        |
|                                    | { ABOULKER      |                          | { GOUGEROT       |
| Path.chir.                         | { BARCAT        | Psychiatrie              | { KREIS          |
|                                    | { BAUMANN       |                          | { BARUK          |
|                                    | { CAUCHOIX      |                          | { TICHOT         |

MM.

MM.

Psych.infant. N...  
 Rhumatologie DELARRE  
 Stomato. { CHAPUT Mme  
 { CERNEA

Urologie KUSS  
 Thérapeut. CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES  
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE  
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET  
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE  
 A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

Clin.Chir. { AMELINE  
 { HUGUIER  
 { LEGER  
 { PADOVANI  
 { ROUX  
 Clinique) { ECALLE  
 obstét.) { MAYER  
 Clin.opht. OFFRET

Urologie N...  
 Clinique Méd. { DREYFUS  
 { HAGUENAU  
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL  
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN  
 Conservateur Melle GOICHON  
 { Melles DUMAITRE  
 { LE NOIR  
 { LAURENT  
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,  
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les  
 dissertations qui lui seront présentées, doivent  
 être considérées comme propres à leurs auteurs  
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation  
 ni improbation.

A Monsieur le Professeur G. RENARD

Professeur de Clinique Ophtalmologique à  
la Faculté de Médecine de Paris,  
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le très  
grand honneur de présider  
cette thèse.

Avec nos sentiments respectueux.



A mes Maîtres :

Le Professeur Agrégé R. MERGER,  
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux,

qui, par son enseignement, à  
la Consultation, en Salle de  
travail ou d'opération, nous  
a inculqué des connaissances  
très solides en Gynécologie et  
en Obstétrique.

Avec nos sentiments reconnaissants  
et respectueux.

Le Docteur M. MORIN  
Médecin des Hôpitaux,

Qui a ouvert notre esprit  
médical et nous a enseigné  
une fine séméiologie.

Avec notre gratitude et notre  
respect.

Le Docteur A. MOUCHET  
Chirurgien des Hôpitaux,

Qui nous a fait comprendre  
l'esprit chirurgical.

Avec toute notre reconnaissance.

A mes Maîtres d'Ophtalmologie :

Le Docteur Ed. HARTMANN

Ophtalmologiste des Hôpitaux,

Qui, avec beaucoup de compétence et d'indulgence, a guidé nos premiers pas en Ophtalmologie.

Avec nos sentiments profondément reconnaissants et respectueux.

Le Docteur P.V. MORAX

Ophtalmologiste des Hôpitaux,

Qui a complété notre formation ophtalmologique, en nous faisant bénéficier de sa vaste expérience et de ses conseils.

Qu'il trouve ici notre respectueux attachement et notre reconnaissance.

Le Docteur L. GUILLAUMAT

Ophtalmologiste des Quinze-Vingts,

Qui nous a permis de compléter nos connaissances .

Avec notre profonde admiration et notre respect.

Le Professeur Agrégé H. SARAUX

Ophtalmologiste des Hôpitaux,

Dont les conseils nous ont été très précieux.

Avec toute notre sympathie.

Le Docteur P. BLANCARD

Ophtalmologiste des Hôpitaux,

Avec nos sentiments reconnaissants et respectueux.

Madame le Docteur B. AUVERT

Ophtalmologiste des Hôpitaux,

Avec nos hommages respectueux.

Madame le Docteur GODDE

Assistant des Hôpitaux,

Qui sut nous faire profiter de sa vaste expérience et dont les conseils nous ont été infiniment précieux.

Avec notre profonde reconnaissance.

Le Docteur MASSIN

Assistant des Hôpitaux,

Qui, en nous transmettant, au cours de longues veillées studieuses, le fruit de son expérience et de son travail, a joué un rôle considérable dans notre formation ophtalmologique.

Avec notre reconnaissance et notre amitié.

Au Docteur R. ROSSANO

Ancien Chef de Clinique des Quinze-Vingts,

Qui nous a conseillé fort judicieusement au début de nos études et nous a toujours témoigné beaucoup de compréhension et de sympathie.

Avec notre reconnaissance.

Au Docteur VERGES

Ancien Interne des Hôpitaux,

Avec notre amitié.

Au Docteur Marie-Françoise MEURISSE

Chef de Clinique adjoint des Quinze-Vingts,

Dont j'ai pu apprécier, au cours de fructueuses séances de travail en commun, les remarquables qualités.

Avec notre très solide amitié.

A notre Jury de Thèse.

A PROPOS DE LA MORTALITE EN OPHTALMOLOGIE

---



Nous avons étudié les cas de mortalité survenus chez les malades hospitalisés dans les trois Services d'Ophtalmologie de nos Maîtres, E. HARTMANN, P.V. MORAX et L. GUILLAUMAT, ce qui représente la mortalité survenue sur 15.786 malades hospitalisés de 1942 à 1958. Cette étude va nous permettre d'avoir une approximation valable sur la mortalité d'ensemble en Ophtalmologie, nous montrer les causes les plus fréquentes de mort, et d'essayer, en analysant ces observations, d'en dégager des conclusions.

Bien que l'âge moyen des malades fréquentant les Services d'Ophtalmologie oscille entre les deux extrêmes de la vie, avec cependant une forte proportion de sujets de plus de 60 ans, la mortalité y est faible. Sur nos 15.786 malades hospitalisés, nous relevons 23 décès, ce qui représente un pourcentage global de 1,52 pour mille.

Les cas de mort peuvent se répartir en 5 grands groupes :

1) Les malades atteints d'une affection oculaire au-dessus de toutes ressources thérapeutiques : surtout cancer primitif du globe ou de l'orbite. Nous en rapportons 4 cas.

2) Ce deuxième groupe comprend les syndromes infectieux graves, d'origine bactérienne ou virale, à détermination oculaire

et survenant chez de grands vieillards ou des sujets tarés.

Nous en rapporterons 4 cas.

3) Le troisième groupe comprend des malades hospitalisés en vue d'une intervention chirurgicale ou pour bilan oculaire et morts en cours d'hospitalisation et avant toute intervention.

Nous en citerons 3 cas.

4) Ce groupe comprend les accidents mortels de l'anesthésie générale.

Nous en rapporterons 2 cas.

5) Le 5ème groupe, le plus important et le plus intéressant, concerne la mortalité post-opératoire, après 3 groupes d'interventions :

- les opérations anti-glaucomateuses : 2 cas
- les extractions de cataracte : 5 cas
- les opérations de décollement de rétine :  
3 cas.

Nous reprendrons ces observations une à une, et nous en tirerons des conclusions concernant :

- le pourcentage global post-opératoire et le pourcentage pour chacun de ces trois types d'intervention.

- l'âge
- le sexe
- l'état général
- le type de l'anesthésie
- les modalités opératoires
- les complications oculaires post-opératoires
- la date du décès par rapport à l'intervention

- la cause de la mort
- .. les résultats de l'autopsie quand elle a pu être faite.

Tous ces éléments seront résumés dans des tableaux.

°°°

### GROUPE I

Le groupe I comprend des malades atteints d'une affection oculaire au-dessus de toutes ressources thérapeutiques (surtout cancer primitif ou secondaire du globe, de l'orbite ou des annexes). Nous en étudions 4 cas, dont nous allons détailler les observations

#### OBSERVATION I

(Obs. n° 20518 - Service du Dr HARTMANN).

P... Roselyne, 2 ans, a présenté d'après ses parents, quinze jours après sa naissance, un aspect particulier de l'oeil gauche, "ressemblant à une peau blanche sur l'oeil". Cet aspect se localise à la pupille, qui prend l'image d'oeil de chat amaurotique classique

Les parents ne consultent en Ophtalmologie que lorsque l'enfant a 21 mois... On porte le diagnostic de gliome de la rétine et l'oeil gauche est immédiatement énucléé, le 5 novembre 1948. A l'intervention, la cavité orbitaire est tout à fait normale, mais l'examen histologique montre qu'il s'agit "d'une tumeur maligne de la rétine à type de rétinoblastome et que le nerf optique est complètement envahi". Sous anesthésie générale, le fond d'oeil droit était strictement normal.

L'ophtalmologiste ayant pratiqué l'énu-

cléation gauche, revoit l'enfant le 3 janvier 1949 et constate une conjonctivite avec gros chémosis et surtout l'existence de masses dures et indolores envahissant la cavité orbitaire, signant la récurrence orbitaire du rétinoblastome.

L'enfant est envoyé à LARIBOISIERE, son état général est médiocre, l'examen neurologique est négatif, le F.O.D. sous anesthésie générale est normal.

Le 13 janvier 1949, on pratique sous anesthésie générale, une exentération sous-périostée de l'orbite gauche, au bistouri électrique. Intervention un peu laborieuse, en raison du volume de la tumeur orbitaire, mais peu hémorragique. L'examen histologique montre "qu'il s'agit d'un nodule constitué de cellules rondes indifférenciées, formant de multiples cordons, et ébauchant par endroits quelques figures de rosettes. Il s'agit selon toute vraisemblance d'une récurrence de tumeur maligne, intra-oculaire, à type de rétinoblastome" (Professeur OFFRET) .

Mise sous antibiotiques, l'enfant va bien jusqu'au 29 janvier, mais son état général reste médiocre, et les Docteurs D. et B., consultés, pour un traitement radiothérapique post-opératoire, l'estiment contre-indiqué, à cause de l'état général très déficient qui serait encore altéré par les doses très fortes qui seules pourraient être efficaces.

A partir du 30 janvier, l'état général décline : l'enfant est abattue, pleurnicharde, hypothermique ( $36^{\circ}5$ ), présentant par ailleurs des vomissements incessants, avec amaigrissement rapide, associés à l'apparition d'une épistaxis, suivie de l'écoulement par le nez d'une substance gélatineuse blanchâtre.

Le F.O.D. vu sous dilatation montre une papille à bords nets, sans signes de stase.

L'enfant continue à vomir, les jours suivants et meurt le 5 février.

Pas d'autopsie.

En conclusion :

Il s'agit d'un rétinoblastome opéré trop tardivement et ayant envahi le nerf optique.

Récidive orbitaire un mois après l'énucléation.

L'exentération sous-périostée de l'orbite n'a pas empêché l'issue fatale, due à un envahissement intra-cranien, le long du nerf optique, avec compression très probable du 3ème ventricule.

o

OBSERVATION 2

(Service du Dr MORAX)

Monsieur J... R., 35 ans.

Le malade a déclaré, à son arrivée dans le Service, qu'il avait été accidenté sur la voie publique le 22 janvier 1950. Il aurait été hospitalisé à l'Hôpital de Montfermeil, pendant quatre jours et il aurait présenté au début, un coma de quelques heures ; par ailleurs, on aurait relevé une plaie dans la région cutanée occipitale et une fracture de l'épaule gauche ; le malade aurait enfin accusé, plusieurs jours après l'accident, un trouble visuel de l'oeil droit, pour lequel il aurait été examiné, et suivi aux QUINZE-VINGTS. On aurait alors constaté des hémorragies du vitré, et des altérations rétinienues.

En mai 1950, le malade est vu par le Docteur Z..., qui aurait noté des lésions

importantes de l'oeil droit : pas de traces de plaie pénétrante, mais vision nulle, signes réactionnels, F.O. inéclairable, milieux troubles, phénomènes glaucomateux surajoutés. Les troubles s'accompagnent bientôt de phénomènes douloureux, qui nécessitent d'abord une alcoolisation orbitaire, puis le 14 juillet 1951, une éviscération du globe oculaire droit, suivie d'une inclusion d'une bille sphérique en résine synthétique, destinée à une prothèse mobile. Au cours de l'opération, on constate un vitré liquide, mais non purulent.

Les suites opératoires sont simples.

Le malade est revu le 10 mai 1952 par le Docteur Z... Il se plaint que, depuis six mois environ, survient toutes les deux ou trois semaines, une crise caractérisée par des phénomènes inflammatoires de la région de la cavité orbitaire droite. Ces phénomènes durent deux ou trois jours, puis cèdent complètement, spontanément. Les crises ne sont pas douloureuses.

Enfin vers le début de Mai 1952, il accuse un trouble visuel imprécis devant l'oeil gauche, jusque là sain.

L'examen, le 11 mai 1952, relève :

- à droite : cavité orbitaire satisfaisante ; pas de signes inflammatoires actuels ; rien d'anormal dans la cavité, qui n'est pas sensible, à la palpation.

- à gauche, l'acuité visuelle est de 10/10. La pupille et les réactions pupillaires sont normales. Le F.O. est normal, mais le relevé du champ visuel montre une amputation du champ temporal.

Cette amputation de la partie temporale du champ visuel de l'oeil gauche, sera retrouvée à tous les examens successifs. Le malade est alors hospitalisé à la Salpêtrière où l'examen relève :

- aucun signe à l'examen neurologique somatique.

Electroencéphalogramme subnormal, le tracé montrant simplement l'existence d'anomalies discrètes, sans signes de foyer hémisphérique superficiel.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien montre :

- albumine 0,45
- liquide I : 28 cellules, lymphocytes
- liquide III : 148 cellules.

B.W. négatif

Benjoin colloïdal : I I I O O 2 2 2 2 O

Le diagnostic neurologique est qu'il s'agit de troubles non organiques, ou tout au moins, une part anorganique importante est surajoutée.

Devant la persistance des signes inflammatoires orbitaires droits, survenant par crises, on décide de pratiquer la suppression du moignon oculaire droit (le 21 juin 1952). Cette opération ne modifie en rien les crises qui surviennent de la même façon.

En août 1952, devant l'impression qui se renforce, de manifestations en partie pithiatiques, on procède à un traitement psychothérapique et on a, à un moment, l'impression que le trouble subjectif hémianopsique diminue, le malade perdant quelque peu l'impression d'une partie aveugle de son champ visuel.

Cependant, très rapidement, des phénomènes inflammatoires accrus réapparaissent au niveau de la cavité orbitaire droite, et bientôt, se développe dans l'orbite une masse que l'on peut sentir dans la profondeur, et que confirment les tomographies orbitaires.

Le 12 septembre 1952, sous anesthésie

générale , on procède à l'exploration large de la cavité orbitaire. Cette exploration permet d'enlever une importante masse dure, semblant provenir du fond de l'orbite, et ayant détruit une grande partie de l'oeil, qui s'effondre sous le doigt.

Un examen anatomo-pathologique de cette tumeur (Professeur OFFRET) devait montrer qu'il s'agissait d'un réticulo-sarcome.

A la suite de cela le malade fut immédiatement soumis à un traitement radiothérapique intense. Ce traitement devait avoir une action manifeste sur les lésions orbitaires qui fondirent, et également sur les troubles mentaux, que présentait le malade à cette époque (désorientation et tendance au gâtisme). Par contre, cette radiothérapie intensive n'empêcha pas l'évolution de l'affection, qui entraîna assez vite la réduction du champ visuel restant, puis la perte totale de la vision de l'oeil gauche, en même temps que devenait visible une atrophie optique à bords un peu flous.

Enfin, des accidents paralytiques surviennent bientôt : paraplégie flasque, puis accidents de type bulbaire et mort. L'état général du malade s'était considérablement aggravé dans les derniers jours.

Décès le 14 novembre 1952.

L'autopsie faite le 14 novembre 1952, 6 heures après la mort, montre :

- une moelle facilement libérée, présentant des métastases en noyaux, à l'origine des racines antérieures, réalisant une véritable polyradiculonévrite cancéreuse.

- le décollement des masses hémisphériques s'avère impossible par suite d'une adhérence importante dans la partie antérieure et supérieure. On décolle cette partie à

la main. Le cerveau retourné, on s'aperçoit qu'une partie de la substance cérébrale correspondant au plancher du 3ème ventricule, est restée adhérente au toit de la tente hypophysaire. L'ensemble du chiasma et de la loge hypophysaire est noyé dans une masse de couleur jaunâtre englobant chiasma, nerf optique et bandelette.

#### Conclusion :

Il s'agissait donc d'un réticulo-sarcome orbitaire, avec propagation à la base du crâne et métastases médullaires.

o

#### OBSERVATION 3

(Obs. 90.385 - Service du Dr HARTMANN)

M. C... 29 ans, est hospitalisé depuis le 10 juin 1957, à Corentin Celton, pour tuberculose pulmonaire. Il a présenté à cette date une hémoptysie. Quinze jours après, des examens de crachats montrent la présence de B.K. Le 17 juillet, apparition d'une baisse de la vision de l'oeil droit associée à des phosphènes.

L'examen oculaire montre un oeil gauche normal avec acuité visuelle à 10/10 et F.O. normal.

#### Mais, à droite :

- l'acuité visuelle est de 1/10,
- il existe une discrète conjonctivite,
- la sensibilité cornéenne est normale,
- le champ visuel (au doigt) montre une amputation de la partie nasale et temporale supérieure que confirme le campimètre.

- la motilité oculaire intrinsèque et extrinsèque est normale.
- la T.O.D. est à 5/7,5.
- le biomicroscope montre un segment antérieur normal sans signes inflammatoires, sans déviation irienne, mais,
  - au F.O.D. : décollement de toute la rétine inférieure, divisée sagittalement en deux dômes globuleux avec des traînées noires à sa surface. Pas de déchirure visible.
- l'éclairage de contact montre que le décollement est opaque.
- pas de mélaninurie.

L'examen général montre :

- un malade très dyspnéique,
- un foie normal à la palpation, mais,
- sur les radios pulmonaires, image nodulaire bilatérale,
- la recherche de B.K. dans les crachats est négative.

On porte donc le diagnostic de décollement rétinien symptomatique, soit d'un sarcome de la choroïde chez un tuberculeux, soit d'une métastase choroïdienne d'un épithélioma broncho-pulmonaire généralisé. Cette seconde hypothèse ne pouvant être affirmée avec certitude, on décide l'énucléation de l'O.D. faite le 30 juillet 1952.

La dyspnée s'accroît considérablement dans les jours suivants, le malade ne pouvant pas rester sans oxygène. Apparition d'hémoptysies survenant plusieurs fois par 24 heures et de vomissements fréquents.

Décès à 20 heures le 5 août 1952.

L'autopsie montre de multiples noyaux dans les poudons et le foie.

L'examen histologique de la tumeur oculaire montre "une tumeur de la choroïde non pigmentée avec nombreux foyers hémorragiques. L'aspect histologique est celui d'une tumeur malpighienne. On retrouve des formations d'un type comparable au niveau du poumon. Il s'agit vraisemblablement d'un cancer broncho-pulmonaire, qui a métastasé dans la choroïde et dans divers organes " (Professeur OFFRET).

En conclusion :

Chez cet homme de 29 ans, il s'agit d'un cancer broncho-pulmonaire, pris pour une tuberculose pulmonaire, jusqu'à l'apparition d'une métastase choroïdienne, ayant entraîné un décollement de rétine symptomatique.

o

#### OBSERVATION 4

(Obs. n° 77645 Service du Dr Hartmann)

Madame D... 75 ans, consulte le 31 janvier 1956 pour un ptosis gauche, apparu depuis 5 jours et associé à une baisse de la vision.

A l'examen oculaire :

- l'oeil droit est normal
- l'oeil gauche a une acuité visuelle de 6/10 . De près elle lit le N° 6 avec + 5,50
- anisocorie OG > OD
- Réflexe photomoteur OG pratiquement aboli

- Motilité extrinsèque : ptosis avec limitation de l'élévation, de l'abaissement de l'adduction,

- Diminution nette de la sensibilité cornéenne gauche
- T.O.G. 8/7,5
- F.O.G. : papille normale.

Il s'agit donc d'une paralysie intrinsèque et extrinsèque du III gauche associée à une atteinte du V gauche.

Dans les jours suivants, apparition d'une paralysie du IV et du VI gauches et d'une exophtalmie de 19 mm au Hertel.

Au point de vue général :

- La T.A. est à 17/9
- le B.W. est négatif
- la N.G. et la F.S. sont normales, sans leucocytose ni éosinophilie
- l'examen neurologique est négatif ainsi que l'examen O.R.L. et stomatologique.
- la P.L. montre un liquide clair non hypertendu avec :
  - albumine 0,10 g
  - sucre 0,65 g
  - chlorures 6,35
- Cytologie : 10 éléments dont 1 hématie et 9 lymphocytes
- Les radios : crâne
  - des trous optiques
  - de la fente sphénoïdale
  - des poumons

sont normales.

Etant donné l'âge, on renonce à faire une artériographie.

Le 10 février 1956, apparition d'une hyperthermie à 40°, avec syncope, collapsus cardiovasculaire et mort.

L'autopsie montre :

- au niveau de l'orbite, présence d'une masse rougeâtre assez dense, englobant tous les éléments musculo-vasculo-nerveux, qui sont difficiles à reconnaître, sauf le nerf optique qui est libre. Pas d'adhérence de la masse au périoste.

- l'encéphale, le chiasma et le nerf optique intra-cranien sont normaux.

- l'estomac présente une zone indurée rougeâtre sur la petite courbure. A l'ouverture, masse végétante, rougeâtre, du volume d'un oeuf de pigeon avec infiltration de la paroi. On prélève au niveau des masses de l'estomac et de l'orbite. L'examen histologique montre l'existence d'un cancer gastrique avec métastase orbitaire,

#### Conclusion :

Donc, chez cette femme de 75 ans, il s'agit d'un néo gastrique, latent au point de vue fonctionnel, et s'étant révélé par une métastase orbitaire, objectivée par un syndrome de la fente sphénoïdale avec exophtalmie.

o

Le tableau suivant résume ces 4 observations, quant au pourcentage, au sexe, à l'âge, à la durée d'évolution et au diagnostic histologique :

GROUPE I

| Pourcentage            | Sexe     | Age    | Durée d'évolution | Diagnostic histologique                                        |
|------------------------|----------|--------|-------------------|----------------------------------------------------------------|
| 4 sur 15.786<br>soit : | Fillette | 2 ans  | 2 ans             | Récidive de<br>rétinoblastome                                  |
| 0,25 p. 1.000          | Homme    | 35 ans | 26 mois           | Réticulosarcome orbitaire avec propagation à la base du crâne. |
|                        | Homme    | 29 ans | 18 jours          | Métastase choroïdienne d'un cancer broncho-pulmonaire          |
|                        | Femme    | 75 ans | 10 jours          | Métastase orbitaire d'un cancer gastrique.                     |

On remarque que :

- le pourcentage de 0,25 pour 1000 est très faible, Il faut toutefois remarquer à ce sujet que certains de ces malades peuvent mourir dans des centres anti-cancéreux, ou chez eux. Toutefois, ce pourcentage faible nous donne un ordre de grandeur valable que confirment sensiblement les statistiques anglo-saxonnes.

- l'âge. Il s'agit en majorité de sujets jeunes, puisque sur nos 4 observations, l'âge de 3 malades s'échelonne entre 2 et 31 ans, la 4ème seulement ayant 75 ans.

- la durée d'évolution et le diagnostic clinique :

Le diagnostic de polymitose oculaire primitive ou secondaire peut être difficile, comme le prouvent 3 des 4 observations :

- dans le cas du réticulosarcome orbitaire, le diagnostic a erré 2 ans jusqu'à l'apparition d'une tumeur orbitaire directement accessible.

- dans le cas de la métastase choroïdienne du cancer broncho-pulmonaire, c'est l'apparition, un mois après une hémoptysie, d'un décollement de rétine symptomatique, qui a fait réviser le diagnostic de tuberculose pulmonaire, pour laquelle le sujet était traité.

- dans le cas de la métastase orbitaire du néo gastrique, le contexte clinique : exophtalmie unilatérale chez une femme de 75 ans, avait fait envisager très fortement le cas d'une métastase orbitaire. Mais le néo primitif n'a pu être retrouvé qu'à l'autopsie, car le mauvais état général de la

malade, associé à la rapidité d'évolution n'ont pas permis d'explorer radiologiquement le tube digestif.

.. Quant à la durée d'évolution, il faut opposer l'évolution relativement lente (autour de 2 ans) des tumeurs malignes oculaires primitives, à la rapidité d'évolution des métastases oculaires ou orbitaires qui ont entraîné la mort respectivement 18 et 10 jours après l'apparition des tout premiers signes oculaires. Ainsi :

- faible pourcentage (0,25 pour 1000),
- égalité des sexes,
- jeune âge prédominant,
- durée d'évolution plus lente pour les primitifs que pour les secondaires,
- difficulté du diagnostic dans certains cas,

telles sont, nous semble-t-il, les caractéristiques de ce groupe.

°°°

## GROUPE 2

Il comprend les syndromes infectieux graves, d'origine bactérienne ou virale, à détermination oculaire et survenant chez de grands vieillards ou des sujets tarés. Nous en rapporterons 4 observations que nous allons détailler :

### OBSERVATION I

(Obs. n° 82.529 - Service du Dr HARTMANN)

Monsieur D... 66 ans, entre dans le Service le 6 septembre 1956, adressé par l'Hôpital Dubois.

Ce malade, atteint de pneumopathie chronique non précisée présente depuis 2 jours, une température oscillant autour de 39°5, atteignant 40° 8 à l'entrée dans le Service. Cet état fébrile a coïncidé avec l'apparition d'un volumineux oedème de l'orbite droite.

A l'entrée dans le Service, le malade, maigre, au faciès d'infecté, est agité et obnubilé.

La température est à 40°8. Pas d'expectoration.

L'examen pulmonaire montre des râles ronflants et sibillants des deux côtés avec une matité à la base droite. Le coeur est rapide à 110, irrégulier et mal frappé.

La T.A. est à 14/8

La N.G. et la F.S. montrent:

G.R. 5.270.000

G.B. 12.600

dont P.N. 87 %

P.E. 0

P.B. 0

M.M. 9

L. 4

M. 0

Au point de vue oculaire, oeil droit :

- oedème palpébral
- chémosis
- exophthalmie (19 mm au Hertel)
- ophtalmoplégie totale avec ptosis
- T.O. 7/7,5
- Sensibilité cornéenne conservée
- R.P.M. existant mais faiblement
- F.O. normal

oeil gauche !

- C.V. normal au doigt
- paralysie du VI
- F.O. normal.

- On demande des radios - des dents  
- des sinus  
- de l'orbite  
- du crâne

qui sont normales, mais - la radio des poumons montre un foyer de condensation de la base droite et des travées scléreuses partant des deux sommets et allant aux hilus.

Par ailleurs, les examens O.R.L. et dentaires faits au lit du malade, sont négatifs. Le malade est mis au traitement suivant :

- pénicilline 2 Millions d'U.I.
- Streptomycine 1 g
- Sérum salé isotonique 500 cc (I.V.)
- Sérum glucosé isotonique 500 cc
- Spartéine
- Ouabaine I.V.
- Suppocaréna.

Le 7 septembre à 8 heures, aggravation brutale et mort dans un syndrome asphyxique.

Pas d'autopsie.

#### Conclusion :

Il s'agit vraisemblablement d'une pneumonie de la base droite, chez un scléreux pulmonaire, ayant donné des métastases suppurées à l'orbite droite à type de phlegmon de l'orbite et à la base du crâne.

#### OBSERVATION 2

(Service du Dr MORAX)

Madame L... 66 ans, entre dans le Service, le 17 octobre 1951, pour paralysie faciale

gauche, avec atteinte cornéenne. Elle présente une longue histoire d'otorrhée chronique, suivie depuis 1949, avec apparition de paralysie faciale.

Début : avril 1949. Evidement pétro-mastoïdien le 16 avril 1949, retouché en avril 1951.

Elle est réhospitalisée en août 1951, pour une cavité d'évidement qui continue à suinter.

A ce moment, on note :

- une inexcitabilité totale du labyrinthe du côté opéré, qui peut être considéré comme détruit.

- de l'autre côté une très forte hypoexcitabilité.

Depuis septembre 1951 :

Affaiblissement progressif de l'état général. La malade ne peut plus parler, elle chuchote ; elle ne peut plus manger et ne prend que des liquides.

Depuis octobre 1951 :

Apparition d'une atteinte de la cornée de l'oeil gauche.

Le 17 octobre 1951 :

la malade entre dans le service en état de dénutrition très marqué.

- L'oeil droit présente des taies cornéennes anciennes

- l'oeil gauche : largement ouvert, ne peut se fermer.

- Lagophtalmie.

- Large desquamation de la cornée, fluo. +.

- Sensibilité cornéenne diminuée.

- Tonus oculaire normal au doigt.

- voies lacrymales perméables

On fait une tarsorrhaphie externe de l'oeil gauche.

L'examen O.R.L. montre :

- une paralysie récurrentielle gauche récente, car non compensée, expliquant l'aphonie.

L'examen neurologique montre :

- une atteinte des VI, VII, VIII, X et XIème paires crâniennes gauches.

La radio du crâne montre :

- une énorme pétrosite, débordant le cadre des indications opératoires possibles.

Le 29 octobre 1951 :

La malade fait une syncope à 12 heures, puis tombe dans le coma et meurt à 17 heures.

L'autopsie montre :

- au niveau du coeur, une dilatation ventriculaire nette à gauche, avec calcifications importantes et gros épaissement des sigmoïdes. L'aorte est dilatée et rigide.

- au niveau de la base du crâne, pas d'épanchement sanguin dans le liquide céphalo-rachidien.

- Vaisseaux thrombosés, paraissant de véritables cordelettes, bridant l'origine des nerfs crâniens.

Cet aspect est généralisé et très intense.

- au niveau des hémisphères, il existe un fin piqueté hémorragique diffus, mais important,

de toute la substance blanche.

- les plexus choroides sont normaux, les ventricules cérébraux aussi.

- le rocher s'émiette de façon très remarquable, très friable, il a la consistance du sucre mouillé.

#### En conclusion :

Il s'agit d'une pétrosite secondaire à une otite chronique et ayant entraîné la mort par atteinte des nerfs de la base du crâne.

o

#### OBSERVATION 3

(Obs. 91.365 Service du Dr. HARTMANN)

Madame M..., 82 ans, consulte le 14 septembre 1957 pour un zona ophtalmique droit ayant débuté 8 jours auparavant et entraînant des douleurs très vives.

Par ailleurs, elle présente une cataracte sénile bilatérale plus marquée à droite, dont elle devait être opérée.

La T.A. est à 20/9, le coeur assourdi et irrégulier ; les artères très scléreuses, avec signe de la sonnette à l'humérale.

#### L'examen oculaire montre :

- l'oeil gauche a une acuité visuelle de 2/10 et présente une cataracte cortico-nucléaire sénile.

La sensibilité cornéenne, la T.O , le R.P.M. sont normaux.

- à droite, existence de vésicules sur le front, la région temporale, l'aile du nez et la joue. Il s'agit donc d'un zona ophtalmique total atteignant en plus le territoire

cutané du nerf maxillaire supérieur.

L'acuité visuelle est inférieure à 1/20.

La sensibilité cornéenne est très diminuée.

La T.O. normale au doigt.

Les voies lacrymales sont perméables.

Au biomicroscope, la cornée prend largement la fluorescéine dans sa partie centrale, avec sous cette ulcération, une infiltration interstitielle.

Nombreux plis de la Descemet.

Discret tyndall de l'humeur aqueuse,

Pas de synéchies postérieures.

On décide une tarsorrhaphie pour le lendemain et la malade est mise au traitement suivant :

- atropinex I

- auréomycine X 5

- pansement oculaire

et par voie générale :

- auréomycine : 1,50 g

- Vitamines BI et BI2

- Gardénal 10 cg.

Le 15 septembre, juste avant l'intervention, douleur précordiale avec irradiations dans le membre supérieur gauche, chute tensionnelle de 20/9 à 11/6.

Traitée par :

- solucamphre

- digitaline 15 gouttes

- Nicyl, papavérine

- Théophylline

- 1 cg de morphine.

Malgré le traitement, la malade accentue sa chute tensionnelle et meurt à 20 heures, dans un tableau de collapsus vasculaire.

A l'autopsie, très important infarctus myocardique postérieur.

## Conclusion :-

Chez cette malade de 82 ans, scléreuse, hypertendue et présentant un zona ophtalmique droit, apparition d'un infarctus du myocarde, 48 heures après l'hospitalisation.

o

## OBSERVATION 4

(obs. 28.092 - Service du Dr. GUILLAUMAT )

Madame F..., 74 ans, consulte le 4 mai 1946, pour un zona ophtalmique gauche dans le territoire frontal et nasal.

### A l'examen oculaire :

L'oeil droit montre une acuité visuelle de 7/10 avec + 1,50 , de près elle lit le N° 2 avec + 4,50.

- T.O.D. 8/7,5
- R.P.M. normal
- Biomicroscope : segment antérieur normal, discrètes opacités corticales antérieures et postérieures.
- F.O. : papille normale, sclérose artérielle et capillarose du pôle postérieur ; atrophie rétinienne.
- Voies lacrymales perméables.

L'oeil gauche présente une bonne projection lumineuse.

- T.O.G. normale au doigt.
- Sensibilité cornéenne abolie.
- Biomicroscope : Cornée fluo. + dans le secteur temporal avec infiltration interstitielle. Pas de vascularisation. Hypopion de 3 mm dans la chambre antérieure. Iris terne avec synéchies sur 3 heures.
- F.O.G. non vu.
- Voies lacrymales perméables.

Il s'agit donc d'une kératite neuro-paralytique, avec hypopion et d'origine zostérienne.

La malade est hospitalisée et on fait des examens complémentaires :

- Frottis O.G. : nombreux polynucléaires et staphylocoques.
- T.A. : 25/12
- Gros ventricule gauche sur l'orthodiagramme.
- Auscultation cardiaque : coeur sourd avec souffle diastolique de la base.
- Urée 0,50                      - T.S. 2' 30"
- Glycémie 0,98                - T.C. 8'
- Cholestérol 2,80        - Signe du lacet +
- V.S. 20 - 60 - 120
- N.G. F.S. : pas de leucocytose

La malade est mise au traitement suivant :

- atropine X I
- sous-conjonctivale de pénicilline 10.000 U.I.
- lavage des voies lacrymales à la pénicilline.
- pansement oculaire.

Le 6 mai 1958, coma avec hémiplégie droite et mort au bout de 12 heures.

#### Conclusion :

En résumé, chez cette femme de 74 ans, hypertendue, athéromateuse, et ayant une insuffisance aortique, existence d'un zona ophtalmique gauche ayant entraîné la mort par coma hémiplégique 2 jours après l'hospitalisation.

o

Le tableau suivant résume ces 4 observations :

## GROUPE 2

## SYNDROMES INFECTIEUX A LOCALISATION OCULAIRE

| Pourcentage                         | Sexe  | Age   | Diagnostic ophtalmologique              | Etat général                      | Durée d'évolution du syndrome infectieux | Cause de la mort                                          | Autopsie                                               |
|-------------------------------------|-------|-------|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 0,25 p.<br>1000<br>(4 sur<br>15.786 | Homme | 66 a. | phlegmon de l'orbite                    | mauvais E.G. tachy-arythmie       | 48 heures                                | syndrome asphyxique par pneumonie de base droite          |                                                        |
|                                     | Femme | 66    | pétrosite se-condaire à otite chronique | état cachectique                  | 2 mois                                   | atteinte des nerfs de la base du crâne                    | pétrosite avec atteinte des nerfs de la base du crâne. |
|                                     | Femme | 82    | zona ophtalmique droit                  | HTA arythmie                      | 9 jours                                  | collapsus cardio-vasculaire dû à un infarctus du myocarde | Infarctus du myocarde                                  |
|                                     | Femme | 74    | zona ophtalmique gauche                 | HTA Insuffisance aortique gros VG | 8 jours                                  | coma hémiplegique                                         |                                                        |

On voit que :

- Le pourcentage est faible, de 0,25 pour 1000.

Là aussi, ce n'est qu'une approximation, mais ce faible pourcentage se retrouve dans les autres statistiques modernes et est dû à l'ère des antibiotiques, qui a incontestablement diminué le péril infectieux.

- Il s'agit de 3 femmes et d'1 homme.

- Ce sont toujours des sujets âgés entre 66 et 82 ans pour nos 4 cas.

- L'état général est mauvais dans tous les cas, soit cachexie, soit grande hypertension.

- Le diagnostic ophtalmologique :

Dans un cas il s'agit d'un phlegmon de l'orbite secondaire à une pneumonie et survenant chez un scléreux pulmonaire.

Dans un autre cas, une pétrosite secondaire à une otite chronique, et ayant entraîné une paralysie des nerfs de la base du crâne.

Enfin, dans deux cas, il s'agit de zona ophtalmique chez de grands vieillards hypertendus.

- La durée d'évolution du syndrome infectieux, mis à part la pétrosite (2 mois) a été brève, variant de 48 heures à 9 jours.

- La cause de la mort :

- Dans un cas a été due à l'asphyxie, due à la pneumonie associée à la sclérose pulmonaire.

Dans un cas, a été due à l'atteinte des nerfs de la base du crâne par une gangue inflammatoire dont le point de départ a été la pétrosite (confirmée par l'autopsie).

Dans les deux cas de zona, survenant chez des hypertendus, à une cause vasculaire : infarctus myocardique (confirmé par l'autopsie) et coma hémiplégique. Ce qui souligne la gravité du zona ophtalmique chez les grands vieillards hypertendus.

En résumé, ce groupe se caractérise par :

- son faible pourcentage : 0,25 p. 1000.
- le grand âge et le mauvais état général (cachexie ou hypertension)
- la rapidité d'évolution
- l'origine microbienne ou virale de l'agent infectieux
- la gravité du zona ophtalmique chez les grands vieillards hypertendus. La cause de la mort dans ce dernier cas étant due au terrain cardio-vasculaire déficient mis à trop rude épreuve par le processus infectieux.

°°°

### GROUPE 3

Il comprend des malades hospitalisés en vue d'une intervention chirurgicale ou pour bilan oculaire et morts en cours d'hospitalisation et avant toute intervention chirurgicale.

Nous en rapportons les 3 observations suivantes :

OBSERVATION I

-(Obs. 39.046 - Service du Dr GUILLAUMAT)

L'enfant M..., 3 mois, est adressée dans le service le 31 décembre 1952, pour buphtalmie bilatérale.

Il s'agit d'un enfant buphtalme ; né en milieu alcoolique, à terme, par présentation du siège et ayant dû être ranimé difficilement à la naissance.

Poids de naissance : 2 kg 800.

C'est le 10ème et dernier enfant d'une famille dont 3 sont morts d'erreur alimentaire ou de broncho-pneumonie.

Trois de ses soeurs et un frère sont am-  
blyopes.

A l'examen oculaire :

Le diamètre cornéen O.D. est de 14,5 mm  
O.G. de 13,5 mm

Discret trouble du parenchyme cornéen des  
deux côtés

Limbe modérément distendu.

C.A. profonde.

Pupilles en myosis (par pilocarpine)

F.O.D.G. invisibles

T.O.D.G. + I

Pas de malformation évidente, notamment  
cardiaque, mais on note que l'enfant est  
très abattu et présente une température à  
39°.

On le fait entrer dans le Service pour,  
après avoir jugulé son syndrome infectieux  
actuel, faire sous anesthésie générale :

- une ophtalmoscopie

- une tonométrie

- une gonioscopie.

et, éventuellement, une intervention sur  
l'oeil le plus atteint.

A 17 h 30, on note :

que l'enfant est très oppressé, ne crie pas quand on le mobilise ; il existe une circulation collatérale thoracique très marquée. Battement des ailes du nez.

L'auscultation :

- cardiaque montre un coeur très rapide, à 200 environ.

- pulmonaire, montre :

- à droite, des râles sibillants dans tout le champ pulmonaire et un gros souffle à la base,

- à gauche, des râles disséminés ronflants et sibillants dans tout le champ pulmonaire.

On porte le diagnostic de broncho-pneumonie et l'on met l'enfant à :

Pénicilline I Million d'U.I.

Streptomycine 0,20 g

Solucamphre sous-cutané

A 19 h, l'enfant est très cyanosé, très dyspnéique.

Le pouls est très rapide et filant, la température est à 39°5.

L'auscultation :

- cardiaque montre une tachyarythmie,

- pulmonaire : de nombreux râles ronflants et sibillants dans les 2 champs pulmonaires.

Traitement : I suppocaréna

½ ampoule de Solucamphre en I.M. auquel on associe l'oxygène.

Après une courte phase d'amélioration, la cyanose augmente ainsi que la dyspnée et l'enfant meurt à 19 h 30 dans un tableau d'asphyxie.

Conclusion :

Il s'agit d'un enfant de 3 mois buphtalme bilatéral, arrivé dans le Service avec une broncho-pneumonie et mort au bout de quelques heures.

o

OBSERVATION 2

(Service du Dr MORAX)

Madame D... 70 ans, entre dans le Service le 1er Février 1955, pour être opérée de cataracte.

Son oeil gauche est amblyope depuis l'enfance, et en strabisme divergent.

Son oeil droit présente une cataracte totale avec :

- bonne projection lumineuse,
- R.P.M. normal
- T.O. et sensibilité cornéenne normaux
- La C.A. est normale à la lampe à fente.
- Voies lacrymales perméables.
- Frottis conjonctival : pas de germes.
- T.S. 3' T.C. 8'. Signe du lacet négatif.

Cette malade présente un diabète découvert à l'âge de 49 ans. Actuellement, sa glycémie est de 1,15 g, avec régime et 10 unités d'I.P.Z.

- Urée sanguine : 0,20 g
- Pas d'albumine ni de sucre dans les urines
- T.A. 12/7
- Auscultation cardiaque normale.
- Artères très scléreuses, avec signe de la sonnette à l'humérale.

Le 3 février, la veille de l'intervention projetée sur son oeil droit, perte de connaissance brutale et mort en quelques minutes.

A l'autopsie, on trouve une thrombose coronaire.

Conclusion :

Mort subite par thrombose coronaire chez une femme diabétique, avant une intervention de cataracte.

o

OBSERVATION 3

(Service du Dr. MORAX)

Madame V..., 80 ans, opérée de glaucome chronique il y a 20 ans, entre dans le Service, pour une baisse de la vision de son oeil gauche, apparue il y a 3 mois, sans douleur, ni rougeur oculaires.

- L'acuité visuelle est :

à droite de 1/50

à gauche de 1/10

- Le T.O. est de 7/7,5 O.D.G.

- Le F.O. est invisible à droite, à gauche, il montre une papille atrophiée avec excavation. Pas de lésions maculaires importantes.

- A la lampe à fente, on note de chaque côté :

de fins précipités pigmentés sur la cornée,

une C.A. de profondeur normale

une iridectomie périphérique et une fistule sclérale avec une bulle de filtration.

un iris légèrement atrophique,

des opacités cristalliniennes cortico-nucléaires, plus marquées à droite.

- Le C.V. ....  
de l'oeil droit montre une amputation nasale,  
de l'oeil gauche, fait avec l'index de 5/1000, montre une amputation nasale avec exclusion de la tache de Mariotte.

La T.A. est à 16/7

L'auscultation cardiaque montre une arythmie très importante.

Entrée dans le Service le 6 juin 1955, pour faire un bilan de son état oculaire, cette malade a fait le 8 juin une hémiplegie flasque, brutale, droite, compliquée de défaillance cardiaque rapide, se terminant par la mort le 10 juin.

A l'autopsie on note :

- ramollissement au niveau de la frontale ascendante gauche,
- importante sclérose des artères coronaires.

Conclusion :

Chez cette femme de 80 ans, il s'agit d'une cataracte chez une glaucomateuse chronique opérée, qui est morte de ramollissement cérébral avant l'intervention.

o

Le tableau suivant résume ces 3 observations :

GROUPE 3

| Pourcentage                            | Sexe   | Age   | Diagnostic<br>ophtalmologique                                          | Etat<br>général          | durée d'hospitalisation | Cause de<br>la mort                                                  | Autopsie                                                                     |
|----------------------------------------|--------|-------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 0,10 pour<br>1000<br>(3 sur<br>15.786) | garçon | 3 m   | glaucome<br>congénital                                                 | mauvais                  | 24 h                    | syndrome as-<br>phyxique par<br>broncho-pneu-<br>monie               |                                                                              |
|                                        | femme  | 70 a. | cataracte<br>sénile                                                    | diabétique<br>équilibrée | 3 jours                 | Infarctus<br>myocardique                                             | infarctus<br>myocardique                                                     |
|                                        | femme  | 80 a. | cataracte<br>chez une<br>glaucoma-<br>teuse chro-<br>nique opé-<br>rée | arythmie<br>TA 16/7      | 2 jours                 | hémiplegie<br>+<br>défaillance<br>cardio-vas-<br>culaire rapi-<br>de | ramollisse-<br>ment au ni-<br>veau de la<br>frontale<br>ascendante<br>gauche |

On voit que :

- le pourcentage est faible, de 0,10/1000.
- l'âge oscille entre les deux extrêmes de la vie : 3 mois et 70 et 80 ans.
- L'état général est mauvais : enfant débile, ou diabétique de longue date, ou arythmie chez un grand vieillard.

- Quant à la cause de la mort, si l'on excepte le cas particulier du petit glaucomeux, arrivé dans le Service avec une broncho-pneumonie et mort de celle-ci, c'est une cause vasculaire : infarctus du myocarde ou hémiplegie. Ce qui montre le rôle néfaste, souligné de longue date du simple décubitus chez le vasculaire.

° °

#### LES GROUPES IV et V

sont de beaucoup les plus intéressants, concernant respectivement :

- la mortalité par anesthésie,
- la mortalité post-opératoire

Nous en rapporterons le pourcentage à l'ensemble des malades opérés soit 17.036.

° °

#### GROUPE IV

Il comprend les morts par anesthésie. Nous en rapporterons 2 cas, qui tous les 2 concernent des anesthésies générales. Nous n'avons pas trouvé de mort directement imputable à l'anesthésie locale.

OBSERVATION. I

(Obs. n° 31.850 , Service du Dr. HARTMANN)

L'enfant L... Jeannette, 11 ans, a présenté un strabisme convergent de l'oeil gauche, d'apparition brusque à l'âge de 7 ans, à la suite d'une affection générale étiquetée méningo-encéphalite et traitée par abcs de fixation en juin 1950. Cette affection avait de plus provoqué une hémiplégie gauche qui a régressé. L'enfant en conserve, outre son strabisme, des troubles psychiques avec nette diminution de l'intelligence et troubles caractériels à type d'émotivité et d'anxiété.

A l'examen oculaire :

- les globes sont en convergence
- V.O.D. 5/8 de près lit N° 2
- V.O.G. 5/50 de près lit N° 14
- pour voir, attitude vicieuse de la tête.
- les globes sont en adduction forcée et il n'est pas possible d'en modifier la position.
- élévation et abaissement possibles (bien que limités à gauche).
- abduction impossible : le globe ne bouge pratiquement pas de l'angle interne.
- adduction forcée non obtenue
- pupilles égales. R.P.M. normaux.
- F.O.D.G. normaux - O.G. amblyope (amblyopie sans doute acquise)
- aucune diplopie au verre rouge.
- déviation au périmètre 50°

Donc double VI avec convergence forcée des deux globes.

Par ailleurs, la réfraction sous atropine montre une myopie bilatérale de -1.

- le B.W. est négatif.
- ses 2 frère et soeur sont bien portants.
- On décide une intervention sans tenter la rééducation de l'amblyopie et de la vision binoculaire chez cette enfant déficiente intellectuellement.

L'intervention est faite le 13/7/50.  
L'anesthésie est faite par un lavement de Rectanol et par inhalation d'éther donnée au masque après intubation. A la dixième minute de l'anesthésie, syncope blanche avec arrêt cardiaque. Tentative de réanimation par :

- Coramine I.V.
  - Adrénaline I.C.
  - Trachéotomie sans résultat à la 15ème minute.
- Décès. Pas d'autopsie.

#### Conclusion :

Chez cette enfant de 11 ans, présentant un strabisme convergent paralytique, dû à une méningo-encéphalite survenue à l'âge de 7 ans (et ayant par ailleurs entraîné une hémiplégie gauche régressive) mort par syncope blanche à la 10ème minute de l'anesthésie à l'éther, pratiquée pour intervenir sur le strabisme.

o

#### OBSERVATION 2

(Obs. n° 22.073 - Service du Dr GUILLAUMAT)

Le jeune B..., 5 mois, est amené à la Consultation par sa mère, parce qu'elle a remarqué un reflet blanchâtre de la pupille de l'oeil droit, depuis 1 mois et ½. C'est un premier enfant, très bien développé.

La grossesse a été normale. L'accouchement a eu lieu à terme et s'est parfaitement déroulé. Les parents, les collatéraux et les ascendants, n'ont pas de passé oculaire pathologique.

A l'examen, le 5 décembre 1958, après dilatation par l'atropine on note :

O.D. gliome endophyte très développé tangent au pôle postérieur du cristallin,

O.G. le F.O. paraît normal.

Les radios du crâne de face et de profil, centrées sur la selle turcique, sont normales, ainsi que les radios des trous optiques et des fentes sphénoïdales. Le B.W. de la mère est négatif.

Le 6 décembre 1958, on décide l'intervention sous anesthésie générale :

La prémédication a été faite par  $\frac{1}{2}$  cc de Phénergan associé à  $\frac{1}{4}$  de mg d'Atropine.

L'anesthésie a été réalisée de la façon suivante :

Départ en circuit semi-ouvert au masque, avec cyclopropane 1 litre, Oxygène 1 litre, puis on diminue progressivement le Cyclopropane à  $\frac{3}{4}$  de litre,  $\frac{1}{2}$  litre... tandis que l'on introduit l'éther en l'augmentant progressivement (de la graduation I à 4). Lorsqu'on a atteint la graduation 4 de l'éther on ferme complètement le Cyclopropane. On fait alors un essai d'intubation infructueux, on reprend l'anesthésie au masque, cyclopropane-oxygène, puis éther-oxygène comme précédemment. Deuxième essai d'intubation en anesthésie trop superficielle et nouvel échec. On reprend alors l'anesthésie comme précédemment, puis on intube. On branche la valve de DIGBY LEIGH (circuit ouvert) : oxygène, protoxyde 50 %, éther graduation 3. En fin d'intervention, détou-

bation sans incident. Durée de l'anesthésie :  
1/2 heure.

Durant celle-ci, on a pratiqué une ophtalmoscopie de l'oeil gauche, qui a montré un F.O. sensiblement normal avec cependant une zone à surveiller à la périphérie entre 3 et 5 heures. Il y a une énucléation typique de l'oeil droit avec canthotomie externe et section du nerf optique d'apparence normale, 6 mm en arrière du globe.

L'examen histologique confirme le diagnostic, montrant un "rétinocytome caractéristique sans envahissement du nerf optique" (Dr LOISILLIER).

Opéré à 8 heures, l'enfant se réveille à 10 heures, boit de l'eau sucrée ; à midi la température est à 37°2.

A 16 heures, hyperthermie à 42°2.

A l'examen, on note :

- un pouls bien frappé très rapide et incomptable.

- pas de raideur méningée

- un abdomen souple

- poumons : auscultation et percussion normales.

- pas de vomissement

- pas de signes de déshydratation

- une selle diarrhéique.

On fait :

- Pénicilline 200.000 U.I.

- Streptomycine 0,20 g

A 18 heures, amélioration : pouls à 160.

A 19 heures 30, un suppo aspirine de 0,25 g

A 23 heures :

- Température à 38°
- Pouls bien frappé
- Respiration régulière
- L'enfant boit

A 4 heures le 7/12/58, température à 39°5.

A 6 heures 30, température à 41°, polypnée, pouls rapide.

On redonne un suppo aspirine.

A 7 heures, température à 39°, respiration saccadée, pouls faible mais régulier, troubles vaso-moteurs : cyanose et marbrures sur les membres inférieurs. On fait un Solucamphre I cc et l'enfant est mis sous oxygène.

A 9 heures 10, décès. Pas d'autopsie.

#### Conclusion :

Il s'agit d'un gliome de la rétine de l'oeil droit, chez un enfant de 5 mois, mort 25 heures après l'intervention, dans un tableau d'hyperthermie d'origine centrale.

o

Le tableau suivant résume ces 2 observations.

GROUPE IV

ANESTHESIE GENERALE

| Pourcentage                                                                    | Sexe     | Age    | Diagnostic<br>ophtalmologique                                   | Modalités de<br>l'anesthésie         | Cause de<br>la mort                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Sur l'ensemble<br>des opérés<br>0,11 p. 1000<br>(2 sur 17036)                  | Fillette | 11     | Strabisme                                                       | Rectanol + éther                     | syncope blanche à la<br>10ème minute de<br>l'anesthésie                       |
| Sur l'ensemble<br>des anesthésies<br>générales<br>0,92 p. 1000<br>(2 sur 2162) | Garçon   | 5 mois | Gliome de la<br>rétine sans<br>envahissement<br>du nerf optique | O <sub>2</sub><br>Protoxyde<br>Ether | Hyperthermie d'origine<br>centrale<br>Mort 25 heures<br>après l'intervention. |

On voit que :

- le pourcentage :

global sur l'ensemble des opérés est de 0,11 pour 1000.

sur l'ensemble des anesthésies générales est de 0,92 pour 1000 soit sensiblement près de 1 pour 1000.

- Il s'agit dans les 2 cas d'enfants, l'une de 11 ans, strabique, l'autre de 5 mois, gliomateux (notons que le cas du strabisme est le seul cas de mort sur 1925 strabiques opérés, ce qui fait, rapporté au strabisme seul, un pourcentage de 0,50 pour 1000).

- La préparation à l'anesthésie, dans un cas, a été faite par un lavement de rectanol, dans l'autre par l'association Phénergan :  $\frac{1}{2}$  cc atropine  $\frac{1}{4}$  de mg.

- L'anesthésie elle-même a été donnée au masque dans les 2 cas, à l'éther et après intubation.

- Pas d'incident anesthésique dans le 1er cas, dans le 2ème, on trouve deux tentatives infructueuses d'intubation à cause d'une anesthésie trop superficielle. L'intubation n'a pu être réussie qu'au 3ème essai.

- La cause de la mort a été :

dans le 1er cas, une syncope blanche à la 10ème minute de l'anesthésie,

dans le second cas, une hyperthermie d'origine centrale et ayant entraîné la mort 25 heures après l'intervention.

En résumé, le pourcentage de mortalité par anesthésie est relativement important (1 pour mille) et ne concerne que des enfants (de quelques mois à 11 ans) et des anesthésies générales. Si le gliome était en excellent état général, on sait la grande instabilité neuro-végétative des nourrissons ; quant au strabisme, il faut noter l'existence d'une méningo-encéphalite antérieure, qui explique peut-être la syncope mortelle.

Ces conclusions rejoignent celles d'un article récent (juin 1958) de SAMUEL GARTNER et EDWIN BILLET, publié à l'American Journal of Ophtalmology, sur les cas de mort par anesthésie générale en chirurgie oculaire. Ces auteurs trouvent un pourcentage de 1 décès pour 1560 anesthésies générales. Sur leurs 71 cas de mort, 60 concernent des enfants de quelques mois à 10 ans, 11 cas seulement sont relevés de 11 à 78 ans. Les cas de mort relèvent le plus souvent d'un spasme laryngé et d'un oedème de la trachée consécutifs à l'intubation. De même l'arrêt cardiaque et respiratoire sont fréquemment notés.

° °

#### GROUPE V

Il concerne la mortalité post-opératoire globale. Nous en rapporterons 10 cas sur 17.036 opérés, soit un pourcentage de 0,58 pour 1000.

Ces observations comprennent 3 types d'interventions :

A/ Les interventions anti-glaucomateuses :  
2 cas sur 17.036 opérés, soit un pourcentage

global de 0,11 pour 1000 ; rapporté aux seuls cas d'interventions anti-glaucomeuses (2078), le pourcentage est de 2 pour 2078, soit sensiblement 1 pour 1000.

B/ Les extractions de cataracte : 5 cas sur 17.036, soit un pourcentage global de 0,29 pour 1000, et rapporté aux seuls cas de cataracte opérée (5223), le pourcentage est de 0,95 pour 1000 (Sensiblement 1 pour 1000).

C/ Les opérations de décollement de rétine : 3 cas sur 17.036 soit un pourcentage global de 0,17 pour 1000, rapporté aux seuls décollements opérés (984), le pourcentage est de 3,04 pour 1000.

Nous allons rapporter les observations de ces 3 groupes, que nous résumerons par 3 tableaux, puis nous tirerons des conclusions d'ensemble de cette mortalité post-opératoire.

° °

#### GROUPE A

##### Opérations anti-glaucomeuses

Les opérations anti-glaucomeuses comprennent les 2 observations suivantes :

##### OBSERVATION I

(Service du Dr MORAX)

Madame V..., 66 ans, entre dans le Service le 23 septembre 1951, parce qu'elle présente un oeil droit rouge et douloureux s'accompagnant d'un état nauséux.

- L'acuité visuelle :

à droite est réduite à une projection lumineuse, d'ailleurs mauvaise dans le secteur nasal,

à gauche, elle est de 4/10.

- La T.O. :

à droite est de 97

à gauche est de 17.

- L'examen au biomicroscope montre :

à droite : une buée épithéliale, laissant voir toutefois un très grand nombre de fins précipités pigmentés sur la Descemet.

une C.A. très peu profonde,

une pupille en séclusion,

avec un iris atrophique, bombant fortement en tomate,

à gauche : une cornée claire,

une C.A. peu profonde,

une pupille en séclusion

presque complète, sauf entre 10 heures et 12 heures.

- Le C.V. de l'O.G. est sensiblement normal pour les gros index.

- Le F.O. est invisible à droite, à gauche, vu un peu trouble, il ne montre pas d'excavation atrophique de la papille.

- Au point de vue cardio-vasculaire :

La T.A. est à 20/9

Le coeur est sourd et rapide.

Devant l'échec des rétro-bulbaires de novocaïne-alcool, on fait le 1er octobre 1951, une iridectomie totale de l'oeil droit.

Le 6 octobre 1951, la malade va bien : la T.O. est normale, on note une légère ascension pupillaire vers le haut.

Le 7 octobre 1951, la malade tombe brusquement dans un coma stertoreux, et meurt après 4 heures de coma.

A l'autopsie, on trouve une inondation ventriculaire, sans rupture de vaisseau visible.

#### Conclusion :

Chez cette femme de 66 ans, grande hypertendue, il s'agissait d'un glaucome secondaire avec séclusion pupillaire. La mort est survenue 2 jours après l'opération (iridectomie totale) par inondation ventriculaire.

o

#### OBSERVATION 2

(Service du Dr. MORAX)

Monsieur G..., 73 ans, présente un glaucome chronique, faisant des poussées aiguës.

Il consulte le 10 décembre 1956, pour des douleurs de l'oeil droit, accompagnées de rougeur oculaire.

#### - L'acuité visuelle :

à droite est de 2/10

à gauche est de 4/10

#### - La T.O.:

à droite est de 2/7,5

à gauche est de 7/7,5

#### - Le C.V.

de l'oeil droit montre un scotome de Bjerrum, associé à une quadranopsie nasale supérieure.

de l'oeil gauche, est normal.

- L'examen au biomicroscope montre :

à droite, une pupille en mydriase, irrégulière.

une C.A. étroite

une cornée avec buée épithéliale,

des opacités cristalliniennes importantes.

à gauche, une cornée normale

une C.A. moins étroite,

une pupille plus large,

des opacités cristalliniennes moins importantes.

Mis sous myotique, la T.O. de l'oeil droit descend à 11/7,5 et de l'oeil gauche, à 9/7,5.

La cornée s'éclaircit. On fait alors :

- une gonioscopie qui montre :

un angle ouvert mais étroit,  
pas de goniosynéchies.

- La tonographie montre une résistance à 9.

Laissé sous myotique, ce malade fait 3 poussées tensionnelles de son oeil gauche en 1956 et 1957.

Au point de vue cardiovasculaire, la T.A. est de 21/9 ; le cœur est sourd, les artères sont scléreuses.

En novembre 1957, apparition d'une nouvelle poussée tensionnelle de l'oeil droit, qui fait pratiquer le 14 novembre 1957, une iridectomie basale sur cet oeil, en envisageant d'intervenir secondairement sur la cataracte. Les suites opératoires sont normales. La T.O. est normale à droite.

Le 27 novembre 1957, apparition d'une brusque poussée tensionnelle (90) sur l'oeil gauche.

Nouvelle hospitalisation, et iridectomie à la De GRAEFE, le 5 décembre 1957.

La tension oculaire revient à la normale.

Les suites opératoires sont normales, lorsque le 9 décembre 1957, en sortant des W.C., malaise, asphyxie et mort en 10 minutes, malgré l'oxygène et les toni-cardiaques.

A l'autopsie : très important infarctus myocardique postérieur.

#### Conclusion :

Chez ce malade de 73 ans, grand hypertendu, il s'agit de poussées glaucomateuses aiguës, survenant sur un fond de glaucome chronique, et ayant nécessité deux iridectomies en poussée aiguë. Mort par infarctus myocardique, trois jours après l'intervention sur le 2ème oeil.

Ces 2 observations sont résumées par le tableau suivant :

GROUPE V (A)

GLAUCOME

| Pourcentage                                                 | Age | Sexe | Diagnostic ophtalmologique                       | Etat général | Type de l'anes-thésie                    | Modalités opératoires          | Suites ocul. post-opér. | Date du décès par rapport à l'interv. | Cause de la mort              | Autopsie                   |
|-------------------------------------------------------------|-----|------|--------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Sur l'en-semble des opérés O, 11 p. 1000<br>2/17036         | 66  | F    | glaucome se-condaire avec séclu-sion pupil-laire | HTA<br>20/9  | Locale<br>RB de<br>Novo.+<br>akiné-tique | iridecto-mie totale            | bonnes                  | 6e j.                                 | Coma hémiplé-gique            | Inonda-tion ventri-culaire |
| Sur les malades opérés de glau-comes<br>1 p. 1000<br>2/2078 | 73  | H    | glaucome chronique faisant des pous-sées aiguës  | HTA<br>21/9  | Locale<br>- id -                         | double<br>iridecto-mie tota-le | bonnes                  | 9e j.                                 | collap-sus cardio-vascu-laire | Infarc-tus du myocar-de    |

GROUPE B

Extractions de cataracte

Les extractions de cataracte comprennent les 5 observations suivantes :

OBSERVATION I

(Obs. n° 89.687 - Service du Dr.HARTMANN)

Monsieur D... Alphonse, 72 ans, consulte pour une baisse de l'acuité visuelle de l'oeil gauche. L'oeil droit ne voit plus depuis 2 ans.

A l'examen oculaire :

à droite :

- l'acuité visuelle est réduite à une bonne projection lumineuse.
- le R.P.M. direct et consensuel est normal.
- la sensibilité cornéenne est normale.
- la T.O. à 7/7,5
- le biomicroscope montre :
  - une cornée normale à part un gerontoxon
  - une C.A. de profondeur normale
  - un iris légèrement atrophique sans vascularisation anormale.
  - une cataracte mûre.

à gauche :

- l'acuité visuelle est de 2/10 .
- De près, il lit le N° 4 avec correction.
- le R.P.M. est normal.
  - la T.O. à 7/7,5.
  - la cornée est sensible.
  - l'examen au biomicroscope montre :
    - une C.A. normale
    - et sur le cristallin des opacités antérieures et postérieures assez marquées.

le F.O. n'est pas visible dans ses détails. Il est invisible à droite.

Il s'agit donc d'une cataracte sénile bilatérale plus marquée à droite.

On décide l'intervention sur cet oeil.

Examen pré-opératoire :

- T.A. 19/8                      Voies lacrymales O.D.G. :
- urée 0,25                      perméables
- glycémie 1 g                  Frottis conjonctival O.G.:
- B.W. négatif                  pas de germes
- T.S. 1'30    T.C. 8'

Le 11 juillet 1957, intervention O.D. :

Anesthésie locale par : rétro-bulbaire de scurocaïne sans adrénaline, barrage akinétique.

Dissection de la conjonctive supérieure. Incision à la pique, agrandie aux ciseaux de Castroviro. Pose de fils cornéo-sclé-  
raux. Deux iridotomies supérieures. Prise basse à la pince d'Arruga. Extraction totale sans incident. Suture scléro-cornéenne. Recouvrement conjonctival.

Le 12 juillet 1957 :

Légère kératite striée.

Pupille bien centrée.

Le 15 juillet 1957 :

C.A. reformée et profonde.

cornée claire.

pupille bien centrée.

bonne lueur pupillaire, mais :

clocher fébrile à 38°, râles crépitants du sommet droit avec submatité. La T.A. est à 15/6, le coeur est rapide à 100 et mal frappé. Diurèse de 400 cc.

Le malade est mis à :

pénicilline 2 millions U.I.  
Streptomycine 1 g  
Ouabaine I.V.  
Suppo caréna  
Sérum glucosé I.V. 500 cc.

Le 16 juillet 1957, température à 38°.  
collapsus vasculaire  
et mort à 14 heures.

L'autopsie montre un foyer de condensation pneumonique du sommet droit.

#### Conclusion :

Chez ce malade de 72 ans, opéré de cataracte sénile droite sans incident, mort par pneumonie du sommet, au 5ème jour après l'intervention.

o

#### OBSERVATION 2

(Obs. n° 49.236 - Service du Dr HARTMANN)

Madame M..., 68 ans, consulte en septembre 1952 pour une baisse de l'acuité visuelle des deux yeux.

A l'examen oculaire :

à droite :

- bonne projection lumineuse
- T.O. 7/7,5
- R.P.M. direct et consensuel normal
- cornée sensible
- le biomicroscope montre une C.A. normale, une cataracte mûre.
- le F.O. est invisible.

à gauche :

- l'acuité visuelle est de 1/20
- la T.O., le R.P.M., la sensibilité cornéenne sont normaux.

- la L.F. montre une C.A. normale,  
des opacités corti-  
cales antérieure et postérieure très mar-  
quées.

- le F.O. est vu très trouble.

On décide l'extraction de la cataracte  
de l'oeil droit.

Examens complémentaires :

- T.A. 19/10 -urée 0,45
- V.L.O.D.G. normales -glycémie 1,30
- frottis négatifs - cholestérol 2,90
- T.S. 2'30
- T.C. 8'
- Signe du lacet. -

Urines : pas d'albumine ni de sucre.

Le 2 octobre 1952, intervention O.D. :

- Anesthésie locale : rétro-bulbaire de  
scurocaïne sans adrénaline. Barrage akiné-  
tique.

- Dissection conjonctivale. Incision à  
la pique agrandie aux ciseaux de Castro-  
viro. Pose de fil cornéo-scléral . Irido-  
tomie à 12 heures. Prise capsulaire à la  
pince d'Arruga. Extraction totale sans  
incident. Le fil cornéo-scléral est noué.  
Recouvrement conjonctival. Pénicilline-  
ésérine (Malade indocile, ayant remué  
le globe pendant toute l'opération).

Le 3 octobre 1952 :

- oeil calme,
  - bonne C.A., mais température à 38°.
- foyer de râles à la base gauche.
- Leucocytose à 12.000 avec polynuclé-  
ose
  - azotémie à 0,60.

La malade est mise au traitement suivant :

- auréomycine 1,50 g
- Suppo caréna + X gouttes de digitale.

Le 5 octobre 1952 :

- température à 38°5
- T.A. à 15/7
- Auscultation pulmonaire normale.
- Formule leucocytaire normale.

Le 6 octobre 1958, pendant la nuit, collapsus cardio-vasculaire et exitus.

### Conclusion :

Chez cette femme de 68 ans, cataracte sénile droite, opérée sans incident, et ayant fait une infection pulmonaire ayant entraîné la mort par collapsus vasculaire au 4ème jour après l'intervention.

o

### OBSERVATION 3

(Obs. n° 16.691 - Service du Dr HARTMANN)

Monsieur D..., 50 ans, a fait à l'âge de 10 ans, une kératite grave O.D.G. étiquetée kératite interstitielle, et ayant guéri après un an d'évolution.

Deuxième atteinte au retour de la guerre.

Depuis, il fait de temps en temps un réchauffement de ses taies cornéennes durant quelques jours, mais dans l'ensemble l'état est stationnaire. En 1942, troubles visuels brusques de l'O.G. (sans doute hémorragie intra-oculaire) avec retour très lent d'un peu de vision.

En 1945, nouvelle atteinte de l'O.D. , qui justifie une tarsorrhaphie, ouverte 3 mois après.

Examen en octobre 1947 :

Oeil droit :

- leucome central et adhérent avec vaisseaux colorés superficiels.
- pupille normale
- iris normal, pas de cyclite.
- une iridectomie optique faite en septembre 1946, avait donné une amélioration légère de la vision de l'O.D. Après l'opération, mais en mai 1947, assez brusquement, baisse visuelle rapide.

Oeil gauche :

- leucome central linéaire, petit, non obturant.
- V.O.G. compte les doigts à 30 cm.
- C.V. normal à la main.
- T.O.G. normal.
- F.O.G. non visible.

Le 27 novembre 1947,

oeil droit :

- V.O.D. 1/10
- T.O.D. normale
- orifice pupillaire large
- biomicroscope : cornée - leucome central et adhérent, avec vascularisation superficielle sur 10 heures-1 heure.
- C.A. étroite.
- Tynnaall négatif.
- F.O.D. vu trouble.

oeil gauche, même état qu'en octobre 1957,

donc kératite interstitielle bilatérale, associée à une cataracte pathologique droite, et à une hémorragie du vitré ancienne à gauche. On décide l'extraction de la cataracte de l'O.D., si possible totale, après kératotomie latérale.

Examens pré-opératoires :

- T.A. 19/13
- souffle diastolique de la base
- B.W. +++
- Aortite syphilitique confirmée par l'examen cardiologique.

Par ailleurs .

urée 0,35      T.S. 3'  
glycémie 1 g    T.C. 11'  
Cholestérol 2 g signe du lacet -  
V.T.C.D.G. perméables  
Frottis O.D. -

Le 30 novembre 1947, intervention O.D. :

- Anesthésie locale : rétro-bulbaire de scurocaine sans adrénaline, barrage akinétique.

- Dissection d'un lambeau conjonctival de 12 heures à 5 heures. Mise en place de 2 points à la Mac Leane, après incision à la pique de 12 heures à 5 heures. Dissociation des synéchies postérieures et antérieures, à la spatule à iris. Ablation difficile, d'un cristallin complet, suivi d'une importante issue de vitré. On noue les 2 fils posés, et on ajoute d'autres intermédiaires.

Le 3 décembre 1947 : le malade souffre un peu. Photophobie +. Injection notable de la conjonctive bulbaire. T.O.D. normale. Plaie bien coaptée. C.A. reformée. Atropine.

A 20 heures, malaise intense avec douleur précordiale, syncope et mort.

A l'autopsie : aortite syphilitique importante et gros infarctus myocardique.

Conclusion :

Malade de 50 ans, syphilitique, ayant

une aortite syphilitique et une kératite interstitielle, opéré de cataracte pathologique droite, et mort par infarctus myocardique au 4ème jour après l'intervention.

#### OBSERVATION 4

(Obs. n° 48.843 - Service du Dr. MORAX)

Monsieur T..., 69 ans, entre dans le Service, pour cataracte bilatérale plus marquée à gauche.

C'est un tuberculeux pulmonaire bilatéral, actuellement stabilisé par les antibiotiques, sans B.K. dans les crachats, et qui de plus, présente un coeur pulmonaire chronique avec surcharge auriculo-ventriculaire droite et arythmie. La T.A. est à 15/9, le malade dyspnéique et cyanosé. Il insiste beaucoup pour être opéré.

Au point de vue oculaire :

Oeil droit :

- A.V. 2/10, de près il lit le N° 5 avec + 2,75.
- R.P.M. normal
- T.O. 7/7,5
- bonne projection lumineuse
- sensibilité cornéenne normale
- biomicroscopie : opacité corticonucléaire surtout postérieure.
- F.O. vu trouble paraît normal, notamment la macula.

Oeil gauche :

- A.V. réduite à une bonne projection lumineuse.
- R.P.M. normal.
- T.O. et sensibilité cornéenne sont normaux.
- Le biomicroscope montre une cataracte totale mûre, à capsule fragile.
- Le F.O. n'est pas vu.

Il s'agit donc d'une cataracte sénile, bilatérale, plus marquée à gauche.

L'importance des lésions cardio-pulmonaires qui rendent l'état général précaire, font hésiter à opérer ce malade. Mais, comme il est de par l'importance de ses lésions pulmonaires, pratiquement condamné à vivre en sanatorium, et qu'il attache la plus grande importance à pouvoir lire et faire de menus travaux, l'intervention est décidée, sur l'oeil gauche.

Examens complémentaires :

|                  |               |
|------------------|---------------|
| Frottis O.G. -   | urée 0,25     |
| T.A. 15/9        | glycémie 0,94 |
| V.L. perméables  | T.S. 2'10     |
| B.W. négatif     | T.C. 8'       |
| Signe du lacet - |               |

Le 18 décembre 1958, intervention O.G. :

En raison de l'état du malade, on l'opère en position demi-assise, en utilisant le minimum de xylocaïne, l'opération est faite sous oxygène, le malade étant de plus sous l'influence d'un traitement digitalique.

Compte rendu opératoire :

Après rétro-bulbaire et akinétique, pose d'un fil dans le droit supérieur. Dissection de la conjonctive supérieure. Kératomie au couteau. Iridectomie totale. Lavage de la zonule à l'alpha-chimio-trypsine. Extraction totale à la ventouse. Serrage des fils cornéo-scléraux. Bulle d'air dans la C.A. Pilocarpine. Tifomycine.

Après l'intervention, le malade est fatigué, dyspnéique, et cyanosé au niveau des lèvres et des extrémités.

Le coeur est arythmique avec des extrasystoles, le pouls à 120, la T.A. à 13/9.

On donne : solucamphre et coramine toutes les 2 heures, associés à l'oxygène.

Le 20 décembre, amélioration de l'état général. Malade moins cyanosé. On donne solucamphre et coramine toutes les 4 heures, et digitaline X gouttes. Localement :  
cornée claire  
C.A. reformée  
Pupille ronde bien centrée derrière la bulle d'air.

Le lendemain, aggravation de l'état général et mort dans un tableau de cyanose intense.

Pas d'autopsie.

#### Conclusion :

Malade de 69 ans, tuberculeux pulmonaire bilatéral, stabilisé par les antibiotiques, ayant un coeur pulmonaire chronique, mort au 3ème jour de l'extraction totale du cristallin gauche, dans un tableau d'I.V.D. aiguë.

o

#### OBSERVATION 5

(Obs. n° 54.374 - Service du Dr GUILLAUMAT)

Monsieur F..., 77 ans, consulte en janvier 1956 pour une baisse de l'A.V. de l'oeil droit. C'est un monoptalme dont le globe gauche est atrophié à la suite d'une plaie perforante survenue à l'âge de 6 ans.

#### A l'examen :

l'oeil gauche est atrophié, indolore, avec cornée complètement opacifiée et fonction nulle.

l'oeil droit montre une A.V. à 7/10, avec - 0,50. De près, il lit le N° 3 avec + 2,75.

- La T.O. est à 4/7,5

- Le F.O. montre une papille pâle et excavée, typiquement glaucomateuse ; des artères scléreuses, à reflet exagéré, à trajet sinueux de calibre diminué et avec ébauche de signe du croisement. Les veines sont de calibre normal. Capillarose du pôle postérieur.

- Le C.V. (Goldmann) montre pour l'isoptère de 5/4 une nette encoche nasale inférieure et supérieure, retrouvée sur les autres isoptères et une tache de Mariotte nettement élargie.

- Le biomicroscope montre une cornée normale avec quelques rares précipités pigmentés sur la Descemet. La C.A. est étroite, l'iris légèrement atrophique. Le cristallin est ambré avec quelques discrètes opacités sous-corticales antérieures.

- La tonographie montre un C : 0,16

- La gonioscopie montre un angle étroit mais ouvert sans goniosynéchies.

- Par ailleurs, l'examen cardio-vasculaire montre une T.A. à 21/11, des artères très scléreuses, des bruits du coeur très assourdis.

Il s'agit donc chez ce monophthalme de 76 ans, scléreux vasculaire, d'un glaucome chronique simple à angle ouvert.

On fait un traitement médical par :

- myotiques : éserine x I  
                  pilocarpine x 4

- sédatifs nervins : une lentérule de phénobarbital.

Revu 10 jours plus tard :

- l'A.V. est de 6/10

- la T.O. à 5/7,5

- Le C.V. identique.

On décide : de faire une énucléation simple de l'oeil gauche suivie d'examen anatomo-pathologique, et si la T.O. reste élevée à l'oeil droit, une intervention fistulissante sur cet oeil.

Le 2 février 1956, après des radios de l'oeil gauche, montrant l'absence de corps étranger intra-oculaire, on pratique une énucléation simple de cet oeil.

L'examen anatomo-pathologique montre "une ossification évidente qui n'est pas limitée à la choroïde. Elle se produit aux dépens du vitré, des vestiges du cristallin et même dans la sclère où l'on retrouve en un point la constitution d'un os, entouré de moelle fibreuse. Il existe en outre, quelques nodules lymphoïdes à répartition irrégulière dans la choroïde. Pas de signes d'ophtalmie sympathique"(Dr LOISILLIER).

Le 25 février 1956, l'examen de l'oeil droit montre :

une A.V. à 6/10

un T.O. à 4/7,5

un C.V. montrant une augmentation de l'amputation nasale avec constitution d'un scotome de Bjerrum supérieur.

On décide alors un iridencléisis sur l'oeil droit fait sans incident le 27 février 1956.

Revu 3 semaines plus tard :

la T.O. est à 8/7,5

la bulle de filtration excellente

l'A.V. à 6/10

Le C.V. identique à celui du 25 février.

Le malade ne consulte pas pendant 3 mois. Il revient le 28 mai 1956 pour une

baisse importante de la vision de son oeil droit.

A l'examen :

L'A.V. est réduite à une bonne projection lumineuse.

Le R.P.M. normal

La T.O. à 8/7,5.

Le F.O. est invisible.

Le Biomicroscope montre :

une cornée normale

une C.A. un peu diminuée de profondeur,

l'iridocléisis à 12 heures avec une

bonne bulle de filtration.

le cristallin présente une cataracte totale blanche et mûre.

La sensibilité cornéenne est normale.

On décide une nouvelle hospitalisation pour extraire le cristallin.

Le malade est hospitalisé le 1er juin 1956 :

Les examens complémentaires montrent :

|                    |                  |
|--------------------|------------------|
| Urée 0,37          | T.S. 2'          |
| Glycémie 1 g       | T.C. 9'          |
| Cholestérol 3,50 g | Signe du lacet - |
| N.S. F.S. normales | V.S. 2 - 8 - 55  |
| B.W. -             |                  |

V.L. perméables

Frottis -

T.A. 19/11

Gros ventricule gauche sur  
l'orthodiagramme.

Intervention le 5 juin 1956 :

- Anesthésie locale par rétro-bulbaire de xylocaïne sans adrénaline (15 cc). Barrage akinétique à la xylocaïne 2,5 cc.

- Après pose d'un fil dans le droit supérieur, incision au couteau trans-cornéenne,

en avant de la cicatrice d'iridencléisis, prolongée latéralement par les ciseaux de Castroviro. Pose d'un fil de Gomez, cornéo-cornéen du côté nasal. Introduction de la ventouse de Harrington sous l'iris. On saisit et ramène un énorme cristallin, qui éclate avant la sortie. Par pression et contre-pression et lavage de la C.A., on retire beaucoup de masses et de débris capsulaires. La pupille reste néanmoins opaque et la lampe de Wood montre qu'il s'agit de tissu cristallinien. Après quelques essais de saisie à la pince de ce reliquat, on s'aperçoit qu'il s'agit du noyau cristallinien luxé dans le vitré et de volume encore considérable. Il est extrait à l'anse de Snellen. De nombreux lavages de la C.A. expulsent quelques débris capsulaires. Au cours de toutes ces manoeuvres, il a été perdu un peu de vitré mais très peu en raison de l'excellente hypotonie du globe. Bulle d'air dans le C.A. Pilocarpine-Mercurochrome. Le malade est mis en position demi-assise.

Le 6 juin, la C.A. est reformée  
la lueur pupillaire bonne

Le 9 juin, le malade se lève.

La C.A. est reformée, l'oeil en bon état.

Le 11 juin, à 5 heures du matin, crise typique d'O.A.P. avec toux quinteuse, expectoration mousseuse saumonée, râles sibilants envahissant les deux champs pulmonaires. Mort en 45 minutes, malgré morphine S.C., Ouabaine I.V. et oxygène.

#### Conclusion :

Chez cet homme de 76 ans, hypertendu, scléreux, vasculaire et monophthame, il s'agit d'un glaucome chronique de l'oeil restant qui n'a

pas réagi au traitement médical et a nécessité un iridencléisis. Ultérieurement, apparition d'une cataracte totale que l'on a extraite difficilement. Mort par O.A.P. 6 jours après cette extraction de cataracte. Ce malade a donc subi 3 interventions oculaires :

- 1° une énucléation simple de l'oeil gauche,
- 2° un iridencléisis de l'oeil droit
- 3° une extraction de cataracte de l'oeil droit.

C'est dans les suites opératoires de cette dernière que la mort est survenue par O.A.P.

o

Ces 5 observations sont résumées par le tableau suivant :

GROUPE 5 (B) - CATARACTES -

| Pourcentage                                                            | Age | Sexe  | Diagnostic ophtalmologique         | Etat général                                      | Type de l'anesthésie                                        |
|------------------------------------------------------------------------|-----|-------|------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Sur l'ensemble des opérés<br>0,29 p.<br>1000<br>(5 sur 17.036)         | 72  | Homme | cataracte sénile                   | H.T.A.<br>19/8                                    | locale<br>R.B. de Novo. +<br>akinétique                     |
|                                                                        | 68  | Femme | cataracte sénile                   | H.T.A.<br>18/9                                    | locale<br>- id.                                             |
|                                                                        | 50  | Homme | cataracte pathologique<br>kératite | syphilis aortite<br>syphilitique                  | locale<br>- id.-                                            |
| sur les malades opérés de cataracte<br>0,95 p.<br>1000<br>(5 sur 5233) | 69  | Homme | cataracte sénile                   | tuberculose pulmonaire<br>coeur pulmon. chronique | locale<br>- id. -<br>sous oxygène et en position 1/2 assise |
|                                                                        | 77  | Homme | cataracte post iridocléisis        | H.T.A.<br>19/11                                   | locale<br>- id.-                                            |

| Modalités opératoires                                                                                                                                      | Suites oculaires post-opératoires | Date du décès par rapport à l'interv. | Cause de la mort      | Autopsie                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Incision à la pique<br>2 iridotomies<br>Prise à la pince d'Arruga - extraction totale<br>suture scléro-cornéenne<br>Recouvrement conjonctival              | excellentes                       | 5e j.                                 | pneumonie du sommet   | pneumonie du sommet droit           |
| - id. -<br>mais iridectomies                                                                                                                               | excellentes                       | 4e j.                                 | infection pulmonaire  |                                     |
| Incision à la pique<br>dissociation des synéchiées - extraction totale - issue abondante de vitré                                                          | Bonnes                            | 4e j.                                 | infarctus du myocarde | aortite syph. infarctus du myocarde |
| Incision au couteau<br>Iridectomie totale<br>Lavage à la chimiotrypsine - extraction totale à la ventouse                                                  | Bonnes                            | 3e j.                                 | I.V.D. aiguë          |                                     |
| Incision à la pique<br>extraction extra-capsulaire à la ventouse.<br>Luxation du noyau dans le vitré d'où il est extrait à l'anse - perte de vitré modérée | Bonnes                            | 6e j.                                 | O.A.P.                |                                     |

GROUPE C

Opérations de décollement de rétine

Les décollements de rétine comprennent les 3 observations suivantes:

OBSERVATION I

(Obs. n° 31.130 - Service du Dr GUILLAMMAT)

Madame S., 72 ans, consulte le 30 août 1954, pour une baisse de l'acuité visuelle de l'oeil gauche existant depuis 1 mois. Cette baisse s'est progressivement accentuée pour aboutir à une quasi-cécité. Pas de notion de traumatisme.

L'examen oculaire montre :

Oeil droit :

- l'acuité visuelle est de 6/10 avec +1, de près elle lit le N° 3 avec +4,50.
- Le tonus oculaire est à 4/7,5
- Le R.P.M. direct et consensuel est normal.
- Le biomicroscope : montre de discrètes opacités cristalliniennes, corticales antérieures et postérieures,
- la lueur pupillaire est bonne,
- le C.V. (Goldmann) montre une petite encoche nasale sur le méridien horizontal.
- F.O. : léger trouble du vitré. Artères de calibre irrégulier, grêles. Capillarose très marquée du pôle postérieur surtout au niveau de la macula. Veines légèrement dilatées. Quelques signes de croisement. Une déchirure en demi-lune sur le méridien de 9 heures au niveau de l'équateur, mais sans soulèvement rétinien.
- T.A.R. 40.

Oeil gauche :

- L'A.V. est réduite à une perception lumineuse avec mauvaise projection surtout dans le secteur supérieur.

- T.O. 9/7,5

- Le R.P.M. existe mais affaibli.

- Le biomicroscope montre l'absence de signes inflammatoires au niveau de la C.A. un iris atrophique, de discrètes opacités cristalliniennes, corticales antérieures et postérieures.

- La lueur pupillaire a disparu dans la partie supérieure et est affaiblie dans la partie inférieure.

- Le C.V. montre la persistance d'un îlot dans la partie supérieure.

- Le F.O. montre un décollement de rétine total, peu saillant avec deux déchirures supérieures l'une à 10 heures  $\frac{1}{2}$ , l'autre à 1 heure et demie, au niveau de l'équateur.

Par ailleurs, la sensibilité cornéenne est normale des deux côtés et la transillumination négative.

Il s'agit donc à gauche d'un décollement de rétine total avec deux déchirures supérieures l'une temporale, l'autre nasale et à droite, d'une déchirure temporale sans décollement.

Examens complémentaires :

T.A. 20/8

Orthodiagramme : gros ventricule gauche.

Glycémie : 1,05 g      Signe du lacet +

Urée 0,45      V.S. 3 - 6 - 51

Cholestérol 3 g      B.W. -

Numération, formule Urines : pas d'albumine ni de sucre

T.S. 2'30      V.L.O.D.G. perméables.

T.C. 8'

Intervention le 8 septembre 1954 :

- Oeil gauche : dissection de la conjonctive supérieure de 9 heures à 3 heures.

Isolement du droit supérieur entre 2 catguts. Les diathermo-coagulations de surface et perforante placées de 9 heures à 10 heures ½ et de 11 à 16 mm d'une part, et de 1 heure à 3 heures, à 16 mm d'autre part, sont très peu visibles, à cause du soulèvement considérable de la rétine. Il en est de même des galvano-cautérisations juxta-choroïdiennes placées aux mêmes endroits. Pourtant, il s'agit du liquide sous-rétinien. Mais finalement, il faut trois perforantes galvaniques une en dedans, et deux en dehors, pour être certain d'avoir atteint les déchirures. Malgré une cornée trouble, une pupille mal dilatée, le contrôle paraît satisfaisant. La pupille s'est dilatée brusquement quand les ponctions galvaniques ont pénétré les points des déchirures. Rétablissement du droit supérieur. Surjet conjonctival.

- Oeil droit : Dissection de la conjonctive temporale. Diathermie de surface et deux perforantes à 14 mm du limbe de 9 heures. Contrôle satisfaisant.

Le 18 septembre 1954 :

- Oeil droit : A.V. : compte les doigts à 2 mètres.

bon champ visuel à la main

T.O. - I

F.O. rétine en place.

- Oeil gauche : F.O. vitré très trouble, décollement total.

Le 22 septembre 1954, même aspect O.D.G.

Le 23 septembre, collapsus cardio-vasculaire brutal avec douleur pré-cordiale, et mort en quelques minutes.

Pas d'autopsie.

## Conclusion :

Chez cette femme de 74 ans, hypertendue et scléreuse vasculaire, qui présentait un décollement de rétine total à gauche et une déchirure sans décollement à droite, mort par infarctus myocardique probable, après 23 jours de décubitus et 15 jours après l'intervention sur les deux yeux.

o

## OBSERVATION 2

(Obs. n° 17.430 - Service du Dr GUILLAUMAT)

Monsieur F..., 67 ans, a été opéré de cataracte de l'oeil droit, en juin 1952 : extraction totale facile, suites régulières, très bons résultats fonctionnels. Il consulte le 8 janvier 1954 pour décollement de rétine de son oeil droit.

### A l'examen :

#### - Oeil droit :

- A.V. : il voit bouger la main à 30cm
- T.O. 9/7,5
- C.V. réduit au 1/4 temporal supérieur.
- lueur pupillaire disparue dans la partie temporale inférieure.
- Biomicroscope : S.A. normal.
- Sensibilité cornéenne normale.
- transillumination négative
- F.O. décollement de rétine temporal et inférieur avec petites déchirures bien visibles et presque arrondies au niveau de l'équateur sur le méridien de 10 heures. De plus, zone de rétinite palissadique étendue de 2 heures  $\frac{1}{2}$  à 6 heures.

#### - Oeil gauche :

- A.V. est de 10/10 avec correction.
- T.O., C.V., lueur pupillaire, biomicroscopie du S.A. sont normaux.

- F.O. légère choroïdose, aspect poivre et sel de la rétine et capillarose du pôle postérieur.

Il s'agit donc d'un décollement de rétine de l'oeil droit chez un aphaque.

Notion d'infarctus myocardique en 1950 qui a eu une évolution favorable ; depuis, pas de douleurs angineuses. Noter que l'intervention pour cataracte de l'oeil droit en 1952 a été bien supportée. Le cardiologue qui suit ce malade estime qu'il peut supporter l'intervention pour son décollement de l'oeil droit.

Examens complémentaires :

|                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| T.A. 16/9       | Cholestérol 2,10 g |
| urée 0,40       | V.S. 2 - 4 - 52    |
| Glycémie 1,08 g | T.S. 4'            |
|                 | T.C. 16'           |

- Intervention le 15 janvier 1954. Anesthésie par scurocaïne sans adrénaline en rétrobulbaire et sous-conjonctivale.

1° Incision conjonctivale de 9 heures à midi. Diathermocoagulation de surface de repérage sur le méridien de 10 heures à 15 mm du limbe. Elle se trouve trop en arrière de la déchirure. On en refait une autre à 13 mm du limbe qui tombe sur la déchirure. Extension de la cautérisation de surface vers le méridien de 9 heures  $\frac{1}{2}$  et de midi. Les points perforants évacuent une grande quantité de liquide sous-rétinien.

2° Incision conjonctivale de 3 heures à 6 heures. Diathermocoagulation de surface sur toute la largeur de ce quadrant à 12 mm du limbe. Deux points perforants de chaque côté de la zone cautérisée. Deux surjets conjonctivaux.

Le 27 janvier 1954, oeil droit :

pupille mal dilatée

vitré un peu trouble

zones coagulées encore oedémateuses

et bien visibles

T.O. - 1

Le 1er février 1954, à 9 heures 30, malaise soudain avec cyanose, pouls filant et douleur précordiale. Décès en 10 minutes, malgré oxygène morphine et solucamphre. Récidive d'infarctus myocardique très probable.

Pas d'autopsie.

#### Conclusion :

Chez cet homme de 67 ans, il s'agit d'un décollement de rétine droit chez un aphaque, ayant fait un infarctus du myocarde en 1950. Mort subite après 22 jours de décubitus et le 15ème jour après l'intervention par récidi-  
ve très probable d'infarctus myocardique.

o

#### OBSERVATION 3

(Obs. 89.931 - Service du Dr GUILLAUMAT)

Madame L., 66 ans, grande myope de -16, est adressée dans le Service pour décollement de rétine gauche apparu 15 jours auparavant et traduit par la perception d'un voile ayant débuté du côté nasal.

A l'examen le 15 septembre 1952 :

Oeil gauche :

- l'A.V. est de 1/10 avec - 16

- T.O. 10/7,5

- C.V. réduit à un îlot temporal supérieur.

- Lueur pupillaire complètement disparue.

- Biomicroscope : S.A. normal

R.P.M. normal

Discrètes opacités cristalliniennes postérieures.

- F.O. décollement plat, total, avec soulèvement plus important de la région maculaire avec aspect de déchirure maculaire .  
Choroïdite périphérique marquée.

Oeil droit :

- A.V. 3/10 avec -16  
- T.O. , C.V., leur pupillaire sont normaux.

- Biomicroscope : S.A. et R.P.M. normaux.  
Discrètes opacités cristalliniennes surtout postérieures.

- F.O. : lésions de choroïdose myopigène et volumineux staphylome myopique.

De plus, la sensibilité cornéenne est normale et la transillumination négative des deux côtés.

L'examen cardio-vasculaire montre :

- T.A. 20/10  
- pouls 70 et irrégulier  
- gros ventricule gauche sur l'orthodiagramme.  
- A l'auscultation, le coeur est très assourdi.  
- Les artères très scléreuses avec signe de la sonnette à l'humérale.

Examens complémentaires :

|                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| Urines : pas d'albumine | T.S. 3'         |
| ni de sucre             | T.C. 7'         |
| Urée 0,50 g             | S.L. -          |
| Glycémie 1,04 g         | V.S. 4 - 8 - 53 |
| Cholestérol 3,50 g      |                 |
| Numération formule      |                 |
| sanguine normales       |                 |

La malade est hospitalisée le 15 septembre 1952 avec :

décubitus strict à plat.

Lunettes sténopéiques.

Atropine O.D.G.

Calcium I.V.

Le 17 septembre, malaise subit avec effondrement tensionnel, cyanose, dyspnée très importante sans douleur précordiale, ayant entraîné la mort en 5 minutes. Infarctus du myocarde ou embolie pulmonaire foudroyante.

Pas d'autopsie.

#### Conclusion :

Chez cette femme de 66 ans, hypertendue et arythmique, ayant un décollement de rétine de l'oeil gauche, avec déchirure maculaire, mort par embolie pulmonaire ou infarctus myocardique après 2 jours de décubitus.

o

Le tableau suivant résume ces 3 observations :

GROUPÉ 5 (C)  
DECOLLEMENT DE RETINE

| Pourcentage                                                                              | Age | Sexe  | diagnostic ophtalmo-<br>logique                                                   | Etat général                                                  | Type de l'anesthésie                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sur l'ensemble des opérés<br>0,17 p.<br>1000<br>(3 sur 17.036)                           | 72  | Femme | OG.:dé-<br>collement<br>total<br>O.D.:<br>déchirure<br>sans dé-<br>collement      | HTA 20/8<br>Hyper-<br>trophie<br>ventri-<br>culaire<br>gauche | Locale :<br>RB de<br>scurô-<br>caine +<br>infiltra-<br>tion sous-<br>conjuncti-<br>vale et des<br>muscles |
| Sur les<br>malades<br>opérés de<br>décolle-<br>ment<br>3,04 p.<br>1000<br>(3 sur<br>984) | 67  | Homme | OD: décol-<br>lement<br>inféro-<br>temporal<br>avec dé-<br>chirure<br>sur X h     | Infarc-<br>tus myo-<br>cardique<br>4 ans<br>avant             | - id -                                                                                                    |
|                                                                                          | 66  | Femme | Décolle-<br>ment to-<br>tal plat<br>avec as-<br>pect de<br>déchirure<br>maculaire | HTA :<br>20/10<br>aryth-<br>mie<br>gros VG                    |                                                                                                           |

| Modalités opératoires                                               | Suites oculaires post-opératoires                               | Date du décès par rapport à l'intervention                | Cause de la mort                            | Autopsie |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|
| OG : diathermo et galvanocoagulations<br>OD : diathermie de surface | OG:mauvaises<br>Décolleté total persistant<br><br>OD:<br>bonnes | 15 j                                                      | Infarctus du myocarde                       |          |
| OD: diathermo-coagulations de surface                               | Bonnes                                                          | 15 j                                                      | Récidive d'infarctus du myocarde            |          |
|                                                                     |                                                                 | Décès après 2 j de décu-bitus et avant toute intervention | Infarctus du myocarde ou embolie pulmonaire |          |

En conclusion, pour ce groupe V, concernant la mortalité post-opératoire, on peut dire que :

- le pourcentage est dans l'ensemble faible, car :

le pourcentage global est de 0,58 pour 1000, pour les glaucomes, le pourcentage sur l'ensemble des opérés est de 0,11 pour 1000 (2 cas sur 17.036 opérés). Rapporté seulement aux malades opérés de glaucome (2078), le pourcentage est sensiblement de 1 pour 1000.

pour les cataractes, le pourcentage sur l'ensemble des opérés est de 0,29 pour 1000 (5 cas sur 17.036). Rapporté aux seuls malades opérés de cataracte (5223) le pourcentage est de 0,95 pour 1000.

pour les décollements de rétine, le pourcentage sur l'ensemble des opérés est de 0,17 pour 1000 (3 cas sur 17.036). Rapporté aux seuls malades opérés de décollement (984) le pourcentage est de 3,04 pour 1000, c'est le plus élevé.

- L'âge. Il s'agit, dans tous les cas, de sujets âgés dont l'âge oscille entre 66 et 77 ans.

- Le sexe. On trouve 6 hommes et 4 femmes.

- Au point de vue état général, chez ces 10 sujets, on retrouve un terrain cardio-vasculaire particulier : 7 sont des hypertendus, dont l'un est en plus arythmique, un autre présente une aortite syphilitique, l'autre des antécédents d'infarctus du myocarde et le dernier un coeur pulmonaire chronique.

- Quant au type de l'anesthésie, dans les 10 cas, elle a été locale, par rétro-bulbaire de scurocaïne toujours sans adrénaline et barrage akinétique ou sous-conjonctival et infiltration des muscles selon le type de l'intervention.

- L'opération s'est déroulée sans incident dans 8 cas. Dans 2 cas de cataracte, il y eut issue de vitré avec en plus dans l'un luxation du noyau dans le vitré d'où il fut extrait à l'anse de Snellen.

- Les suites opératoires proprement oculaires ont été bonnes dans les 10 cas.

- La date du décès par rapport à l'intervention a toujours été précoce entre 2 et 15 jours, avec une grosse majorité (6 cas) entre le 3ème et le 6ème jour.

- La cause du décès dans 2 cas a été une cause infectieuse pulmonaire : pneumonie ou infection pulmonaire mal précisée. Dans 8 cas, elle a été une cause cardio-vasculaire, où prédomine nettement l'infarctus du myocarde (5 cas). Les 3 cas restants comprennent : une I.V.D. aiguë, un O.A.P., et un coma hémiplégique.

- Enfin, l'autopsie, faite dans 4 cas, a toujours confirmé et précisé le diagnostic clinique.

Ce 5ème groupe est donc caractérisé par :

- son faible pourcentage global et relatif en remarquant toutefois que ce sont les décollements de rétine qui comportent le pourcentage relatif le plus élevé.

- l'âge supérieur à 66 ans.
- le terrain cardio-vasculaire particulier de ces malades.
- la cause de la mort, dans 90 % des cas, est une cause vasculaire avec nette prédominance de l'infarctus myocardique ; dans 20 % des cas une cause infectieuse pulmonaire.
- Quant à la chirurgie, l'anesthésie et les suites opératoires oculaires, elle se sont dans l'ensemble déroulées sans incident.

La pathogénie de ces accidents cardio-vasculaires post-opératoires chez des sujets âgés semble relever de plusieurs facteurs qui s'associent :

- l'influence nocive du décubitus souligné de longue date chez les scléreux vasculaires et favorisant les thromboses des membres inférieurs et la stase pulmonaire.
- Les modifications tensionnelles provoquées par la chirurgie oculaire chez les hypertendus étudiées dans une thèse récente (1953) nous montrent dans 70 % des cas, une chute de la T.A. générale de 3 à 5 cm de Mercure alors que la T.O. reste stable, grâce à son mécanisme compensateur. Cette chute tensionnelle, non expliquée par une perte de sang, est d'origine nerveuse et due à la richesse d'innervation de l'oeil et à ses rapports étroits avec les éléments nerveux régulateurs de la respiration et de la circulation (cf. Reflexe oculo-cardiaque). Cette chute tensionnelle joue certainement un rôle dans les 14 cas d'hémiplégie post-opératoire que nous avons relevés.
- Le choc émotif considérable provoqué par l'hospitalisation et l'intervention chez des sujets âgés très attachés à leur routine et à leurs habitudes de vie (parfois le sevrage de l'alcool mais les 4 cas de

delirium tremens post-opératoires que nous avons pu relever, s'ils ont été catastrophiques pour l'oeil, n'ont pas amené l'exitus.

- L'influence néfaste de tous les vaso-constricteurs notamment de l'adrénaline, sous toutes ses formes, même en collyre.

Ces différents éléments s'associent différemment pour entraîner la rupture de l'équilibre instable cardio-vasculaire et amener des accidents mortels.

- Le traitement, ou plus modestement, l'essai de traitement de ces accidents, ne saurait être que préventif.

- Il importe avant tout de dresser un bilan cardio-vasculaire précis :

- par l'étude des antécédents et des signes fonctionnels. Des antécédents d'angine de poitrine et d'infarctus antérieur rendront très prudent dans l'indication opératoire, qui semble, étant donné son risque certain, ne se discuter que chez le monophthalme ou devant des douleurs intolérables. De toute façon, l'électrocardiogramme est impérieux et l'intervention sera faite a minima.

- par l'examen cardio-vasculaire minutieux qui comprendra :

la prise du pouls et la palpation des artères,

la prise de la T.A.,  
l'oscillométrie des 4 membres,  
l'auscultation du coeur,  
l'orthodiagramme,

l'électrocardiogramme enfin qui devrait être systématique chez tout sujet hypertendu de plus de 65 ans.

- de combattre la sclérose vasculaire par un traitement de longue durée avant l'intervention, ce qui est souvent possible dans les cataractes et dans les glaucomes. Ce traitement comprendra :

un régime alimentaire pauvre en graisses, de l'héparine à doses filées par son action "dispersante" sur les grosses molécules lipidiques (à supprimer un mois avant l'intervention),

de l'iode associé au citrate et au silicate de soude,

de l'exercice physique très dosé et en rapport avec l'état cardio-vasculaire du sujet.

- L'hospitalisation sera faite en évitant autant que faire se peut, le facteur émotif.

- L'adrénaline sera formellement proscrite de toutes ses manières.

- On donnera un traitement barbiturique à doses filées et des vaso-dilatateurs doux à base de théophylline.

- Le pansement binoculaire sera réduit au strict minimum et le 2ème oeil libéré le 2ème jour si possible.

- Le décubitus sera le plus bref possible, ce qui peut être facile dans les cas de cataracte ou de glaucome où déjà la position demi-assise peut être donnée dès le lendemain de l'intervention et le lever au 3ème jour après celle-ci. Malheureusement, il ne peut être abrégé dans les opérations de décollement de rétine, ce qui explique peut-être, malgré les massages des membres inférieurs, la mobilisation passive et les exercices respiratoires, le pourcentage relatif plus grand de décès dans ce dernier groupe.

## CONCLUSIONS GENERALES

-:-

La mortalité en Ophtalmologie est faible : sur 15.786 malades hospitalisés de 1943 à 1958, dans 3 Services parisiens, nous avons relevé 23 décès, soit un pourcentage global de 1,52 pour 1000.

Les cas de mort peuvent se répartir en 5 groupes :

Groupe I : Il comprend les malades atteints d'une affection oculaire au-dessus de toutes ressources thérapeutiques (cancer primitif ou secondaire du globe, de l'orbite ou des annexes), que des signes oculaires prédominants amènent à mourir en Ophtalmologie.

Nous en avons rapporté 4 cas, soit un pourcentage de 0,25 pour 1000. Ce groupe est caractérisé :

par son faible pourcentage,  
par le jeune âge prédominant des sujets,  
par la durée d'évolution plus longue  
pour le cancer primitif que pour les métastases oculaires,  
par la difficulté du diagnostic, considérable dans certains cas.

Groupe 2 : Il concerne les syndromes infectieux graves, d'origine bactérienne ou virale, à détermination oculaire et survenant chez de grands vieillards ou des sujets tarés. Nous en avons rapporté 4 cas : un phlegmon de l'orbite, une pétérosite secondaire à une otite chronique, et deux zonas ophtalmiques. Ce groupe est caractérisé par :

son faible pourcentage, 0,25 pour 1000,  
le grand âge et le mauvais état général  
des sujets (cachexie ou hypertension),  
la rapidité d'évolution,  
l'origine microbienne (2 cas), ou vi-  
rale (2 cas),

Ils mettent en évidence la gravité relative-  
ment moindre des infections bactériennes  
(grâce aux antibiotiques) que des infections  
virales, et à ce propos, ils soulignent la  
gravité du zona ophtalmique chez les grands  
vieillards hypertendus. La cause de la mort  
dans ces derniers cas, étant due au terrain  
cardio-vasculaire déficient mis à trop rude  
épreuve par le processus infectieux.

Le Groupe 3 : comprend des malades hospi-  
talisés en vue d'une intervention chirurgi-  
cale ou pour bilan oculaire et morts en  
cours d'hospitalisation et avant toute in-  
tervention chirurgicale.

Nous en avons rapporté 3 cas :

dont 2 cataractes chez des sujets âgés dont  
l'un était diabétique, l'autre arythmique,  
le 3ème cas était un jeune buphtalme de 3  
mois, entré pour bilan oculaire dans le  
Service avec une broncho-pneumonie et qui  
est mort de celle-ci en quelques heures.

Ce groupe se caractérise par :

son faible pourcentage de 0,10 pour  
1000,  
l'âge qui oscille entre les deux extrê-  
mes de la vie : 3 mois et 70 et 80 ans,  
le mauvais état général : enfant débile  
présentant une infection pulmonaire très  
grave, ou vieillard diabétique ou arythmi-  
que.

La cause de la mort, si l'on excepte le cas particulier du petit glaucomateux, est une cause vasculaire : infarctus du myocarde ou hémiplegie, ce qui montre le rôle néfaste, souligné de longue date, du simple décubitus chez les vasculaires.

Les groupes 4 et 5, de beaucoup les plus intéressants, concernent respectivement :

- la mortalité par anesthésie (groupe 4),
- la mortalité post-opératoire (groupe 5)

Nous les avons rapportés au nombre total d'opérés : 17.036 (y compris les opérations dites externes).

Le groupe 4 : concerne la mortalité par anesthésie générale (nous n'avons pas trouvé de cas de mort directement imputable à l'anesthésie locale). Nous en avons rapporté 2 cas :

- le pourcentage sur l'ensemble des opérés est très faible, de 0,11 pour 1000, sur l'ensemble des anesthésies générales (2162) est loin d'être négligeable, de 0,92 pour 1000.

- L'âge : Dans les 2 cas, il s'agit d'enfants : dans l'un, une fillette de 11 ans, strabique, ayant eu une méningo-encéphalite à 7 ans (seul cas de mort sur 1925 strabiques opérés). Dans l'autre, un nourrisson de 5 mois ayant un gliome de la rétine et qui fut énuclée.

- L'anesthésie a été donnée au masque dans les 2 cas, à l'éther, et après intubation.

- pas d'incident anesthésique noté dans le 1er cas.

- 2 tentatives infructueuses d'intubation dans le 2ème.

La cause de la mort a été: dans un cas, une syncope blanche, à la 10ème minute de l'anesthésie, dans l'autre une hyperthermie d'origine centrale ayant entraîné la mort 25 heures après l'intervention. Nous retrouvons ici le pourcentage relativement important de décès par anesthésie générale pour intervention oculaire dans les 10 premières années de la vie, souligné par les Anglo-Saxons.

Le groupe 5 : concerne la mortalité post-opératoire globale. Nous en avons rapporté 10 cas sur 17.036 opérés, soit un pourcentage d'ensemble de 0,58 pour 1000.

Ces 10 cas comprennent :

A/- Les interventions antiglaucomeuses :  
2 cas, soit :

- un pourcentage global de 0,11 pour 1000  
(2 cas sur 17.036 opérés)

- rapporté aux seuls glaucomes opérés  
(2078), le pourcentage est de 1 pour 1000.

B/- Les extractions de cataracte : 5 cas,  
soit :

- un pourcentage global de 0,29 pour 1000  
(5 cas sur 17.036 opérés).

- rapporté aux seules cataractes opérées  
(5233) le pourcentage est de 0,95 pour 1000.

C/- Les opérations de décollement de rétine:  
3 cas, soit :

- un pourcentage global de 0,17 pour 1000  
(3 cas sur 17.036).

- rapporté aux seuls décollements opérés (984), le pourcentage est de 3,04 pour 1000. C'est le plus élevé,

L'anesthésie a toujours été locale et par scurocaine sans adrénaline.

L'opération s'est déroulée sans incident sauf deux issues de vitré dans des extractions de cataracte.

Les suites opératoires proprement oculaires, ont été bonnes dans tous les cas.

La date du décès par rapport à l'intervention a toujours été précoce, oscillant entre 2 et 15 jours.

Dans tous les cas, il s'agit de sujets âgés (entre 70 et 77 ans) à terrain cardio-vasculaire particulier : 7 sont des hypertendus, les 3 derniers présentent respectivement une aortite syphilitique, des antécédents d'infarctus myocardique et un coeur pulmonaire chronique.

La cause de la mort dans 8 cas sur 10 a été une cause cardio-vasculaire : I.V.D. aiguë, O.A.P., coma hémiplegique et 5 infarctus du myocarde qui apparaissent comme la cause la plus fréquente de la mort. Dans 2 cas, il s'agissait d'infections pulmonaires. En somme, cette mortalité post-opératoire ne concerne pratiquement que des sujets âgés, vasculaires, morts précocement de causes vasculaires, alors que la chirurgie oculaire s'était déroulée sans incident.

Il nous faut ici, faire deux remarques :

- cette mortalité post-opératoire, ne portant que sur les malades hospitalisés, con-

cerne seulement les décès précoces, survenant dans les 10 à 12 jours qui suivent l'opération ; or il est certain (et l'un de nos Maîtres nous en a rapporté plusieurs cas), qu'il y a des cas de morts, survenant dans les suites plus lointaines des opérations. Il s'agit surtout de sujets âgés opérés de cataracte. L'opération s'est en règle parfaitement déroulée et le résultat fonctionnel est bon, mais au point de vue général, le malade se remet lentement de son opération ; on a l'impression qu'il a été choqué et affaibli. Le décès survient brutalement dans les semaines ou dans les mois qui suivent.

L'intervention oculaire joue vraisemblablement un rôle dans ces cas de mort tardive post-opératoire, mais son importance exacte est difficile à déterminer.

- Le pourcentage global et relatif de mortalité post-opératoire est très faible actuellement. Nous l'avons comparé à une statistique ancienne du Docteur V. MORAX, portant sur 9 ans (de 1919 à 1928). Sur 8908 opérés, nous avons trouvé 54 décès, soit un pourcentage de 6 pour 1000, bien supérieur aux chiffres actuels.

L'abaissement de la mortalité post-opératoire par rapport aux statistiques d'il y a une cinquantaines d'années est dû :

- aux conditions d'hygiène générale bien meilleures,

- à la meilleure prémédication, surtout :

- au perfectionnement de l'anesthésie en ophtalmologie, et au grand développement des antibiotiques, qui a considérablement réduit le péril infectieux post-opératoire.

La pathogénie de ces accidents cardio-vasculaires post-opératoires, chez des sujets âgés relève de plusieurs facteurs :

- le choc émotif provoqué par l'hospitalisation et le bouleversement de la routine quotidienne apporté par l'horaire bien particulier de la vie hospitalière.

- l'influence néfaste du décubitus chez les scléreux vasculaires responsable du pourcentage relatif plus élevé de mort dans le décollement de rétine.

- les modifications tensionnelles provoquées par la chirurgie oculaire chez les hypertendus qui amène une chute de la T.A. générale (sans modifications de la T.O.) de 3 à 5 cm de Mercure dans 70 % des cas. Cette chute tensionnelle associée à une vaso-constriction réflexe. peut jouer un rôle dans les accidents cardio-vasculaires mortels que nous avons relatés (de même, que dans les 14 cas d'hémiplégie post-opératoire que nous avons découverts).

L'essai de traitement préventif de ces accidents cardio-vasculaires post-opératoires comprendra :

- un bilan cardio-vasculaire très précis :

- étude des antécédents (notamment d'angine de poitrine), et des signes fonctionnels,

- examen cardio-vasculaire minutieux, comprenant :

- prise du pouls et palpation des artères,

- prise de la T.A.

- oscillométrie des quatre membres

auscultation du coeur,  
orthodiagramme  
électrocardiogramme surtout, qui  
devrait être systématique chez tout hyper-  
tendu de plus de 65 ans.

- un traitement de fond pour combattre  
la sclérose vasculaire :

régime pauvre en graisses,  
héparine à doses filées,  
iode associé au citrate et au sili-  
cate de soude,  
exercice physique modéré et dosé  
(à supprimer au moins 1 mois avant l'inter-  
vention).

- L'hospitalisation sera faite en évi-  
tant le choc affectif et "humanisée", ques-  
tion très à l'ordre du jour.

- Le pansement binoculaire sera enle-  
vé très rapidement par libération du 2ème  
oeil.

- Le décubitus sera réduit au strict  
minimum ou s'il ne peut l'être, on aura  
recours aux massages et aux mouvements  
passifs et aux exercices respiratoires.

L'adrénaline sera proscrite de toutes  
ses manières.

- On instituera un traitement barbi-  
turique à doses filées et des vaso-dilata-  
teurs doux, à base de théophylline. Et  
peut-être pourra-t-on ainsi abaisser de  
quelques cas des taux de mortalité post-  
opératoire déjà bas, fait d'autant plus  
remarquable qu'il s'agit en grande majorité  
de sujets de plus de 65 ans, avec une pro-  
portion non négligeable de très grands vieil-  
lards.

En conclusion, de ces quelques lignes, on peut dire que si l'on met à part les morts dues à une néoformation oculaire maligne, la mortalité en Ophtalmologie relève de 3 causes principales :

- l'anesthésie générale dans les 10 premières années de la vie.

- l'infection, dont les progrès de l'antibiothérapie cernent et réduisent chaque jour le domaine.

- les causes cardio-vasculaires qui sont prépondérantes, sur lesquelles il importe de porter l'effort de diagnostic et de traitement afin d'essayer de réduire encore une mortalité déjà très basse.

-:-

Vu :  
Le Président :  
signé : G. RENARD

Vu :  
Le Doyen :  
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer  
Le Recteur de l'Académie de Paris  
signé : Jean SARRAILH

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

-:-

ABBE (1899) Ann.Opht. 8 10 Ref. Duke Elder  
II (1938) II 1507

BALBUENA F. (1935) Arch.oftaln.hisp.amer.  
35 169 Ref. Zbl. f. d. ges. Opht. 34  
511

20 Authors (1933) Trans.Opht. gd. 52 74

BELLOWS J. (1934) Arch.Opht. II, 678

BENNET GEORGE M.B., Mortality Rates in glau-  
comatous subjects, Arch.of Opht. oct.  
55, vol. 54 p. 636-641

BERNSTEIN E.J. (1913) Amer.Journ.Opht. 22  
260

BIRCH HIRSCHFELD (1907) Hand b.d. ges. Augen-  
heilk. 2 Aufl. v. 9 I Abt. Kap. 13

BOREL (1933) Bullet.Soc.Franç.d'Opht. 46 168  
Ref. Traité d'Opht. (1939) IV 341

BOTHMAN L. (1944) Industrial Ophtalmology  
Yearb. of eye, ear, nose & throat p.18

BRAID, JAMES (1841) Ref : Hirschberg, Gesch.  
d. Augenheilk 3 Buch. 10 Abschn. p. 265

BRANDES W.W. (1933) Amer.Journ.Dis.Childr.  
46 341 Ref. Zbl.d.ges. Opht. 30 210

- BROMAN T. (1936) Acta. Opht. 14 170
- CALLENDER and WILDER (1935) Amer. Journ.  
of Canc. Res. 25 251. Ref. Duke Elder  
(1940) III 2507
- CASTROVIEJO R. (1935) Arch. oft. hisp. amer.  
35634 Ref. Zbl. f. ges. Opht. 36 162
- CROSS (1891) Transact. Opht. Soc. U. Kgd. II  
242
- DAVID H. and EIDHERR (1938) Zeitschr. hyg.  
Zool. 30 40 Ref. Zbl. f. d. ges. Opht.  
41 p. 595.
- DEGGELLER (1929) Klin. Mbl. f. Augh. 83  
p. 483.
- DEL TORO QUARTIELLERO (1881) 2 Congr. period.  
d'opht. Milan 1881. Ref. Groenouw (1920)  
807
- DEREK (1935) Brat. Lek. List. 15 830. Ref.  
Duke Elder (1938) II 1635
- DUKE ELDER : Textbook of Ophtalmology Vol.  
II 1938, Vol. III 1940 London
- C. DUVERGER, E. VELTER et P. BREGEAT  
Thérapeutique chirurgicale ophtalmo-  
logique
- ELLIOT (1920) Textb. of Trop. Opht. London
- Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Ophtal-  
mologie.
- ELSCHNIG A. (1922) Augenärztl. Operat. V II  
1086
- FERGUS (1901) Opht. Rev. sept. 1901 Ref.  
Groenouw (1920) 807

FISCHER (1832) Klinischer Unterr. in d.  
Augenheilk.Pra. 220 Ref. Duke Elder  
(1938) II 1705

FORBES S.B. and W.C. BLAKE (1934) Journ.  
Amer.Med.Assoc. 103 14+1

GARTNER Samuel M.D. et BILLET Edwin M.D.  
(New-York) A Study of mortality rates  
during general anesthesia for ophtalmic  
Surgery. Amer.Journ. of Opht.  
Volume 45 6, Juin 1958 p. 847-851

GUILLAUMAT L. Ophtalmologie. Editions  
Médicales Flammarion, Paris 1953

GOEZBERK, RIFAT A. (1937) Tuerk oftalm.  
gaz. 2 240 Ref. Zbl. f.d.ges.Opht.  
42 272

GOODMAN H. (1935) Arch of Dermat. 32 258

GOLDSCHMIDT (1919) Wien. Klin.Woch. 32  
1159 Ref. Duke Elder (1938) II 1678

GREEN (1915) Amer.Journ. of Opht. 31 263

GROENOUW A. (1920) Beziehungen der All-  
gemeinleiden und Organer krankungen  
zu Veränderungen und Krankheiten  
des Sehorgans. Graefe-Sämisch Handb. D.  
Ges.Augenheilk. 3 Aufl.

v. GROSZ E. (1929) Arch. f. Augenh. 100-101 236  
Ref Duke Elder (1940) III 2515

IWANOW A. (1935) Sov.Vestn.Oftalm. 7 43  
Ref. Zbl. f.d.ges. Opht. 35 496

HANSELL (1900) Opht.rec. 9 17. Ref. Duke  
Elder (1938) II 1507

- HARTMANN Ed. - Les indications opératoires dans le strabisme. Annales d'oculistique T. CLXXXVIII N° 4 1955 p. 397-415  
Chirurgie du strabisme convergent. Relation entre l'acte opératoire et la correction obtenue. Annales d'oculistique T. CLXXXVIII N° 4 1955 p. 301-317  
Les phénomènes psychosomatiques en Ophtalmologie. Annales d'Oculistique T. CLXXXI p. 588-603 oct. 1948  
L'électroencéphalogramme dans le glaucome. Congrès Opht. 1954  
A quel âge convient-il d'opérer les strabiques. Ann. Oculistique oct. 50 T. CLXXXIII p. 882-888
- HAWERS (1895) Philos.trans. 18 51. Ref.  
Duke Elder (1938) 11 1507
- HAMILTON, J. BRUCE (1935) Austral. N.Z.Journ. of Surg. 10 130 Ref.Zbl. f. d. ges. Opht. 35 477
- HEAL (1928) Brit.J.of Opht. 12 33
- v. HIPPEL E. (1933) Graefes Arch. 129 522 and 135, 67 and 79(1935)
- JAYME G.G. (1941) Amer.J.Opht. 24 1281
- JESSOP (1895) Transact.Opht.Soc.U.Kgd. 15 61
- JOKL ALEXANDER (Johannesbourg - South Africa). Death from eye diseases and occurrences of death in ophtalmological Practice. Ophtalmologica Vol.117 mars 1949 p. 129-145
- JAYLE - La mort post-opératoire en Ophtalmologie Communication au cours des Entretiens thérapeutiques d'Ophtalmologie à Paris les 15-16 et 17 mai 1958; A paraître au cours du premier trimestre 1959, dans l'année thérapeutique en Ophtalmologie.

- KAWASAKI M. (1935) Acta Soc.Opht.jap. 39  
1678 Ref.Zbl.f.d.ges.Opht. 35 5 35
- KERSTEN (1841) Mag.f.G.Heilk. 58 141  
Ref.Duke Elder (1938) II 1507
- KLUEVER H.C. and C.S. O'BRIEN (1936) Arch.  
of Ophtal. 15 1088
- KNAPP (1876) Arch.f.Augen und Ohrenheilk.  
5 371. Ref. Groenouw (1920) 519
- KNAPP A. (1935) Arch. of Opht. 13 823
- KRAEMER (1899) Graefe Sämisch Handb. d. ges.  
Opht. 2 Aufl. v. 10 (18) 81
- KUHNT (1887) Korresp. bl. d. Allgem.ätzl.  
Vereins, Tübingen N° II
- LEACAILLON-THIBON - Les modifications de  
la tension artérielle au cours de la  
chirurgie oculaire - Thèse Paris 1933
- LEPLAT (1895) Arch.d'Opht. 15 393 Ref.  
Schieck-Brueckner (1930) III 413
- MORAX V. (1928) Ann.Ocul. 138 338
- MORAX V. (1928) Ann. d'ocul. 401 Ref.  
Traité d'Opht. (1938) IV 341
- RENARD et LAPORTE - Les cataractes congéni-  
tales à cristaux. Arch. d'Opht. 1951 II  
739-753
- REESE (1931) Arch. of Opht. 5 p. 269 Ref.  
Duke Elder (1940) III 2826

## SERMENT

--:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--:-





